

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                               |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                | DIANA PAOLA LINARES          |                                                  |         | CC:          | 52447987     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPAOLIN@GMAIL.COM           |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3042316807   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                | CL 134 10A 40                |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                            | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 006301219983 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                    | PS 1093 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 9.265.440 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                            | 2025/01/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/01/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                            | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 |                                                  |         |              |              |
| <div><div><div>DIANA PAOLA LINARES<br/>PS_1093_2025_F73BB1</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>DIANA PAOLA LINARES<br/>CC: 52447987<br/>CEL: 3042316807</div></div> |                              |                                                  |         |              |              |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                       |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|------------|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                       |            |
| DIANA PAOLA LINARES                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                       |            |
| CON C.C N°                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 52.447.987                                |                       |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                               | PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.                                                                                                   |                                           |                       |            |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PS 1093 2025                              | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                         | \$ 71.807.160                                                                                                                                                                                                                                                                        | No. HORAS EJECUTADAS                      | 96                    |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                       | \$ 168.515.190                                                                                                                                                                                                                                                                       | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 9.265.440          |            |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                            | TRECE (13) MESES                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |                       |            |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                      | HOSPITAL SANTA CLARA                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                       |            |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                             | SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |                       |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                               | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                  |                                           |                       |            |
| 1                                                                                                                                                                                                                                  | Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.                                                                                                             |                                           |                       |            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                  | Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación |                                           |                       |            |
| 3                                                                                                                                                                                                                                  | Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.                                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                  | Participe en la programación de actividades del área.                                                                                                                                                                                                                                |                                           |                       |            |
| 5                                                                                                                                                                                                                                  | Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| 6                                                                                                                                                                                                                                  | Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.                                                                                                                                                               |                                           |                       |            |
| 7                                                                                                                                                                                                                                  | Notifique los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                |                                           |                       |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                  | Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.                                                                                                                                                                                             |                                           |                       |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                                  | Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                              |                                           |                       |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                                 | Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada.                                                                                                                                                                                                              |                                           |                       |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                 | Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                              |                                           |                       |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                 | REALIZO 96 HORAS CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA UMHES SANTA CLARA. PROMEDIO 288 CONSULTAS                                                                                                                                                                                         |                                           |                       |            |
| III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                       |            |
| SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                       |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                               | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                           | SI                                        | NO                    |            |
| 1                                                                                                                                                                                                                                  | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                                                                                    | X                                         |                       |            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                  | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?                                                            | X                                         |                       |            |
| 3                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                                                                                 | X                                         |                       |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?                                                                                                   | X                                         |                       |            |
| 5                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                                                                                        | X                                         |                       |            |
| Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31) |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                       |            |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                       |            |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                   | N° 9497638400                                                                                                                                                                                                                                                                        | OPERADOR:                                 | APORTES EN LINEA      |            |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                  | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                              | FECHA DE PAGO                             | VALOR PAGADO          |            |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                             | SURA                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2026/01/07                                | \$ 695.000            |            |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                           | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2026/01/07                                | \$ 889.600            |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                              | 2026/01/07 | \$ 135.500   |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                              |            | \$ 1.720.100 |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
| 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
| 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
| 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
| VII. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
| (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                              |            |              |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div>DIANA PAOLA LINARES</div><div>PS_1093_2025_F73BB1</div><div>DIANA PAOLA LINARES</div><div>CC: 52447987</div></div>                                |            |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</div><div>PS_1093_2025_F73BB1</div><div>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |            |              |

Representación Gráfica

Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**  
c97b95632cbc11eac5381a3387c5a615baea8134eef30fd7b44ba6e723a9dcd8c8a3cd484f43bcf6eaa29b3297df7f9e

**Número de Factura:** DPL-159

**Fecha de Emisión:** 28/01/2026

**Fecha de Vencimiento:** 07/02/2026

**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito

**Medio de Pago:** Transferencia Débito Interbancario

**Orden de pedido:**

**Fecha de orden de pedido:**

Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** LINARES DIANA PAOLA

**Nombre Comercial:** LINARES DIANA PAOLA

**Nit del Emisor:** 52447987

**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural

**Régimen Fiscal:**O-47

**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia

**Departamento:** Bogotá

**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.

**Dirección:** CL 128 9 A 59 IN 3 AP 401 CON RECODO DEL COUNTRY

**Teléfono / Móvil:** 3042316807

**Correo:** dipaolin@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

**Tipo de Documento:** NIT

**Número Documento:** 900959051

**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica

**Régimen fiscal:** R-99-PN

**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia

**Departamento:** Bogotá

**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.

**Dirección:** DIAGONAL 34 No 5-43

**Teléfono / Móvil:** 3282828

**Correo:** contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

| Nro. | Código   | Descripción                | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS |   |     |   | Precio unitario de venta |
|------|----------|----------------------------|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
|      |          |                            |     |          |                 |                   |                 | IVA       | % | INC | % |                          |
| 1    | 85121000 | MEDICINA INTERNA OPS HORAS | NIU | 96,00    | \$ 96.515,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |           |   |     |   | \$ 9.265.440,00          |

Notas Finales

Línea de negocio: PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA MES DE ENERO 2026

Datos Totales



Documento generado el:  
28/01/2026 15:53:49  
Documento validado por la  
DIAN:  
28/01/2026 15:53:50  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| MONEDA                 | COP               |
| TASA DE CAMBIO         | 0                 |
|                        |                   |
| Subtotal               | 9265440           |
| Descuento detalle      | 0,00              |
| Recargo detalle        | 0,00              |
| Total Bruto Factura    | 9265440           |
| IVA                    | 0,00              |
| INC                    | 0,00              |
| Bolsas                 | 0,00              |
| Otros impuestos        | 0                 |
| Total impuesto (=)     | 0                 |
| Total neto factura (=) | 9265440           |
| Descuento Global (-)   | 0,00              |
| Recargo Global (+)     | 0,00              |
| Total factura (=)      | COP \$ \$ 9265440 |

Valores informativos

|             |      |
|-------------|------|
| ANTICIPOS   |      |
| Anticipos   | 0    |
|             |      |
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| MONEDA                 | COP                    |
| TASA DE CAMBIO         |                        |
|                        |                        |
| Subtotal               | 9.265.440,00           |
| Descuento detalle      | 0,00                   |
| Recargo detalle        | 0,00                   |
| Total Bruto Factura    | 9.265.440,00           |
| IVA                    | 0,00                   |
| INC                    | 0,00                   |
| Bolsas                 | 0,00                   |
| Otros impuestos        | 0,00                   |
| Total impuesto (=)     | 0,00                   |
| Total neto factura (=) | 9.265.440,00           |
| Descuento Global (-)   | 0,00                   |
| Recargo Global (+)     | 0,00                   |
| Total factura (=)      | COP \$ \$ 9.265.440,00 |

Valores informativos

|             |      |
|-------------|------|
| ANTICIPOS   |      |
| Anticipos   | 0,00 |
|             |      |
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

Numero de Autorización: 1876409333431 Rango desde: 151 Rango hasta: 200 Vigencia: 2027-05-20

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                     |                 |                    |                             |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                   | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52447987                   |    | LINARES DIANA PAOLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 134 # 10A 40 Apto 703 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7652552  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                  |             |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|------------------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor       |
| 2025-12                           | 2025-12 | 2064715734 |  | 9497638400 | I        | 2026/01/22 | 2026/01/07 | BANCO DAVIVIENDA | \$1,720,100 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |               |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |           |              |     |        |
|--------------------------------------------------|----------------|---------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|-----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO                                         |                |               | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |           | PARAFISCALES |     |        |
| No.                                              | Identificación | Nombres       | Codigo  | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días | IBC         | Aporte    | Días         | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |               |         |      | \$5,560,000 | \$889,600 |        |      | \$5,560,000 | \$695,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$5,560,000 | \$135,500 |              | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |               |         |      | \$5,560,000 | \$889,600 |        |      | \$5,560,000 | \$695,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$5,560,000 | \$135,500 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |               |         |      | \$5,560,000 | \$889,600 |        |      | \$5,560,000 | \$695,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$5,560,000 | \$135,500 |              | \$0 | \$0    |
| 1                                                | CC 52447987    | LINARES DIANA | 25-14   | 30   | \$5,560,000 | \$889,600 | EPS010 | 30   | \$5,560,000 | \$695,000 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$5,560,000 | \$135,500 | 0            | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |               |         |      | \$5,560,000 | \$889,600 |        |      | \$5,560,000 | \$695,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$5,560,000 | \$135,500 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                     |                 |                    |                             |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                   | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52447987                   |    | LINARES DIANA PAOLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 134 # 10A 40 Apto 703 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7652552  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                  |           |             |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor       |
| 2025-12                           | 2025-12 | 2064715734 | 9497638400 | I        | 2026/01/22 | 2026/01/07 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$1,720,100 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                    |                |                        |                    |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR      |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$889,600          | \$0            | \$0                    | \$889,600          |  |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$889,600          | \$0            | \$0                    | \$889,600          |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$135,500          | \$0            | \$0                    | \$135,500          |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$135,500          | \$0            | \$0                    | \$135,500          |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$695,000          | \$0            | \$0                    | \$695,000          |  |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD)     | EPS010 | 800,088,702 | 2  | 1         | \$695,000          | \$0            | \$0                    | \$695,000          |  |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$1,720,100</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$1,720,100</b> |  |

|                                     |                                                  |                                                  |           |                           |                         |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf      | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf      | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/>            | 3 PS 1063 2025 CRP-18631.pdf (Archivado)         | 3 PS 1063 2025 CRP-18631.pdf                     | Comprador | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 3 PS 1093 2025 CRP-18655.pdf                     | 3 PS 1093 2025 CRP-18655.pdf                     | Comprador | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/>            | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf     | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf     | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/>            | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/>            | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf    | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf    | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/>            | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf  | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/>            | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf  | PS 1093 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |