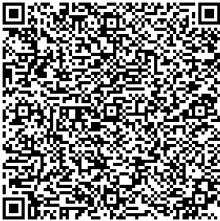


|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------|---------------|---------------------|---------------|-------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                         |                                                    |               | Versión             |               | 3                       |            |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                                    |                         |                                                    |               | Fecha de aprobación |               | 2/15/2018               |            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                         |                                                    |               | Código:             |               | 04-02-FO-0002           |            |                                                                                     |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    |                         | Martha Patricia Lazaro Ovalle                      |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                    |                         | C.C                                                | X             | C.E                 | No.           |                         | 1091533505 |                                                                                     |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                    |                         | mplazaroo@gmail.com                                |               |                     | CELULAR:      |                         | 3115542053 |                                                                                     |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                    |                         |                                                    |               | SUBRED              |               |                         |            |                                                                                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    |                         | QURURGICO CIRUGÍA GENERAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY |               |                     | SEDE:         |                         | SUBRED     |                                                                                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                  | Centro de costo         | %                                                  |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10C01           | 90                                 | KE10A28                 | 10                                                 |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO AV VILLAS S A                |                         |                                                    |               | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO                  |            |                                                                                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                    |                         | 725729425                                          |               |                     |               | PENSIONADO              |            | NO                                                                                  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2894                               |                         |                                                    |               | VIGENCIA            |               | 2025                    |            |                                                                                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 248               | FECHA                              | 2026-01-09 00:00:00.000 |                                                    | NÚMERO DE CRP | 2234                | FECHA         | 2026-01-09 00:00:00.000 |            |                                                                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | MEDICO ESPECIALISTA- ANESTESIOLOGO |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                    | DESDE                   |                                                    | FECHA INICIAL |                     | HASTA         | FECHA FINAL             |            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                         |                                                    | 2026-01-01    |                     |               | 2026-01-31              |            |                                                                                     |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                    |                         |                                                    | \$17,280,000  |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial                        |                         | RESERVA DE GLOSA 0%                                |               |                     |               | N/A                     |            |                                                                                     |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     | VALORES       |                         |            |                                                                                     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     | \$180,960,000 |                         |            |                                                                                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     | \$180,960,000 |                         |            |                                                                                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     | \$17,280,000  |                         |            |                                                                                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     | \$0           |                         |            |                                                                                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     | \$0           |                         |            |                                                                                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     | 100%          |                         |            |                                                                                     |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC           |                         | APORTE PENSION 16% IBC                             |               | NIVEL ARL           | APORTE ARL    | TOTAL APORTES           |            |                                                                                     |
| 9497340063                                                                                                                                                                                                                                                   | \$4,704,000       | \$588,000                          |                         | \$752,640                                          |               | 3                   | \$114,589     | \$1,455,229             |            |                                                                                     |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| MADELEINE ARIZA<br>53907501<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                                    |                         |                                                    |               |                     |               |                         |            |                                                                                     |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                 | PRODUCTOS                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| - Cumplir con la Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.                                                                                                                                                                       | Consulta Preanestesia – consulta Externa    | Valoraciones pre-anestésicas -Record de Rips de Consulta Externa          |
| - Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.                                                                                                                                                                                                                                          | Interconsulta – Urgencias y Hospitalización | Valoraciones pre-anestésicas – Libro Diario de relación de interconsultas |
| - Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.                                                                                                                                                                                    | Valoración y seguimiento en Recuperación    | Recuperación Completa del Paciente                                        |
| - Cumplir con las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Anestesia en Ginecología y Sala de Partos   | Record Anestesia                                                          |
| - Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos al Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control Interno. | Anestesia en Salas de Cirugía               | Record Anestesia                                                          |
| - Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el contratante y por las entidades autorizadas por este.                                                                                                                                                                                                                                                     | Anestesia en Salas de Cirugía               | Record Anestesia                                                          |
| - Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Anestesia en Salas de Cirugía               | Record Anestesia                                                          |
| <p><b>MADELEINE ARIZA</b><br/>53907501<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                           |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                                                                  |                                             |                                                                           |

Espacio para  
Logo Corporativo

MARTHA PATRICIA LAZARO  
OVALLE  
NIT 1.091.533.505  
CI 65 bis 86-50. In 2. Ap 401  
Tel: (031) 3115542053  
Bogotá - Colombia  
mplazaroo@gmail.com



Factura electrónica de venta  
No. MD 68

|           |                                                     |          |                   |
|-----------|-----------------------------------------------------|----------|-------------------|
| Señores   | Subred integrada de servicios de salud suroccidente |          |                   |
| NIT       | 900.959.048-4                                       | Teléfono | (031) 4546800     |
| Dirección | CI 9 39 46                                          | Ciudad   | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| Generación           | 27/01/2026, 11:51 |
| Expedición           | 27/01/2026, 11:51 |
| Vencimiento          | 27/01/2026        |

| Ítem | Descripción                                         | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Bruto     |
|------|-----------------------------------------------------|----------|--------------|---------------|
| 1    | Prestacion de servicios de anestesiología por horas | 144.00   | 120,000.00   | 17,280,000.00 |

Total items: 1

Valor en Letras:

Quince millones doscientos doce mil doscientos setenta y cinco pesos m/cte con veinte cent.

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 15,212,275.20

|                |               |
|----------------|---------------|
| Total Bruto    | 17,280,000.00 |
| Retefuente 11% | 1,900,800.00  |
| RetelCA 9.66   | 166,924.80    |
| Total a Pagar  | 15,212,275.20 |

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764099144060 aprobado en 20250924 prefijo MD desde el número 63 al 100 Vigencia: 6 Meses

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa  
CUFE: e66c6f44a8beee6b4d19b1636dc2d0828e8ff7a4e5bc41bfc061757f3f293e7cbc6d72775ae1850275abf212872f7316

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                               |                 |                    |               |                     |             |                       |             |
|-----------------------------------|---------|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion     | Ciudad-Departamento | Teléfono    | Exonerado SENA e ICBF |             |
| CC 1091533505                     |         | LAZARO OVALLE MARTHA PATRICIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | AK 72 #24C-99 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3115542053  | 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 | 2052924437                    | 9497340063      | I                  | 2026/01/05    | 2026/01/02          | BANCOLOMBIA | 0                     | \$1,455,300 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |               |       |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |       |             |             |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|---------------|-------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION       |       |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo        | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |            |               |       | \$4,704,000 | \$752,700   |           |        | \$4,704,000 | \$588,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$4,704,000 | \$114,600   |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |               |       | \$4,704,000 | \$752,700   |           |        | \$4,704,000 | \$588,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$4,704,000 | \$114,600   |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |               |       | \$4,704,000 | \$752,700   |           |        | \$4,704,000 | \$588,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$4,704,000 | \$114,600   |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 1091533505 | LAZARO MARTHA | 25-14 | 30          | \$4,704,000 | \$752,700 | EPS005 | 30          | \$4,704,000 | \$588,000 |      | 0   | \$0    | \$0     | 14-11 | 30          | \$4,704,000 | \$114,600    | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |               |       | \$4,704,000 | \$752,700   |           |        | \$4,704,000 | \$588,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$4,704,000 | \$114,600   |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |               |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion     | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1091533505                 |    | LAZARO OVALLE MARTHA PATRICIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | AK 72 #24C-99 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3115542053 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |             |             |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-------------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Valor       |
| 2025-12                           | 2025-12 | 2052924437 |  | 9497340063 | I        | 2026/01/05 | 2026/01/02 | BANCOLOMBIA | \$1,455,300 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$752,700       | \$0            | \$0                    | \$752,700     |  |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$752,700       | \$0            | \$0                    | \$752,700     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$114,600       | \$0            | \$0                    | \$114,600     |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$114,600       | \$0            | \$0                    | \$114,600     |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$588,000       | \$0            | \$0                    | \$588,000     |  |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$588,000       | \$0            | \$0                    | \$588,000     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$1,455,300     | \$0            | \$0                    | \$1,455,300   |  |



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS           |
|--------------------------|-----------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC              |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1091533505      |
| NOMBRES                  | MARTHA PATRICIA |
| APELLIDOS                | LAZARO OVALLE   |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**        |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.     |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.     |

#### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                   | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/09/2013                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                     |                     |                     |                      |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Fecha de Impresión: | 01/27/2026 11:54:35 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070::1 |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos,

corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------|---------------|---------------------|--------------|---------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                |                         |                                                    |               | Versión             |              | 3             |                         |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                                |                         |                                                    |               | Fecha de aprobación |              | 2/15/2018     |                         |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                |                         |                                                    |               | Código:             |              | 04-02-FO-0002 |                         |                                                                                     |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                |                         | Martha Patricia Lazaro Ovalle                      |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                |                         | C.C                                                | X             | C.E                 | No.          |               | 1091533505              |                                                                                     |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                |                         | mplazaroo@gmail.com                                |               |                     | CELULAR:     |               | 3115542053              |                                                                                     |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                |                         |                                                    |               | SUBRED              |              |               |                         |                                                                                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                |                         | QURURGICO CIRUGÍA GENERAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY |               |                     | SEDE:        |               | SUBRED                  |                                                                                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                              | Centro de costo         | %                                                  |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10C01           | 90                             | KE10A28                 | 10                                                 |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO AV VILLAS S A            |                         |                                                    |               | TIPO DE CUENTA:     |              | AHORRO        |                         |                                                                                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                |                         | 725729425                                          |               |                     |              | PENSIONADO    |                         | NO                                                                                  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 105                            |                         |                                                    |               | VIGENCIA            |              | 2026          |                         |                                                                                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 291               | FECHA                          | 2026-01-19 06:12:54.000 |                                                    | NÚMERO DE CRP |                     | 10803        | FECHA         | 2026-02-01 00:00:00.000 |                                                                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                | DESDE                   |                                                    | FECHA INICIAL |                     | HASTA        | FECHA FINAL   |                         |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                |                         |                                                    | 2026-02-01    |                     |              | 2026-02-28    |                         |                                                                                     |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                |                         |                                                    | \$12,960,000  |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial                    |                         | RESERVA DE GLOSA 0%                                |               |                     |              | N/A           |                         |                                                                                     |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                |                         |                                                    |               |                     | VALORES      |               |                         |                                                                                     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                |                         |                                                    |               |                     | \$69,120,000 |               |                         |                                                                                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                |                         |                                                    |               |                     | \$12,960,000 |               |                         |                                                                                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                |                         |                                                    |               |                     | \$12,960,000 |               |                         |                                                                                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                |                         |                                                    |               |                     | \$0          |               |                         |                                                                                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                |                         |                                                    |               |                     | \$56,160,000 |               |                         |                                                                                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                |                         |                                                    |               |                     | 19%          |               |                         |                                                                                     |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC       |                         | APORTE PENSION 16% IBC                             |               | NIVEL ARL           | APORTE ARL   | TOTAL APORTES |                         |                                                                                     |
| 9498974274                                                                                                                                                                                                                                                   | \$6,912,000       | \$864,000                      |                         | \$1,105,920                                        |               | 3                   | \$168,376    | \$2,138,296   |                         |                                                                                     |
| Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| MADELEINE ARIZA<br>53907501<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                                |                         |                                                    |               |                     |              |               |                         |                                                                                     |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                 | PRODUCTOS                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| - Cumplir con la Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.                                                                                                                                                                       | Consulta Preanestésica – consulta Externa   | Valoraciones pre-anestésicas -Record de Rips de Consulta Externa          |
| - Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.                                                                                                                                                                                                                                          | Interconsulta – Urgencias y Hospitalización | Valoraciones pre-anestésicas – Libro Diario de relación de interconsultas |
| - Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.                                                                                                                                                                                    | Valoración y seguimiento en Recuperación    | Recuperación Completa del Paciente                                        |
| - Cumplir con las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Anestesia en Ginecología y Sala de Partos   | Anestesia en Salas de Cirugía                                             |
| - Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos al Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control Interno. | Anestesia en Ginecología y Sala de Partos   | Anestesia en Salas de Cirugía                                             |
| - Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el contratante y por las entidades autorizadas por este.                                                                                                                                                                                                                                                     | Anestesia en Salas de Cirugía               | Anestesia en Salas de Cirugía                                             |
| - Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Anestesia en Salas de Cirugía               | Anestesia en Salas de Cirugía                                             |
| <p><b>MADELEINE ARIZA</b><br/>53907501<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                           |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                                                                  |                                             |                                                                           |

Espacio para  
Logo Corporativo

MARTHA PATRICIA LAZARO  
OVALLE  
NIT 1.091.533.505  
CI 65 bis 86-50. In 2. Ap 401  
Tel: (031) 3115542053  
Bogotá - Colombia  
mplazaroo@gmail.com



Factura electrónica de venta  
No. MD 69

|           |                                                     |          |                   |
|-----------|-----------------------------------------------------|----------|-------------------|
| Señores   | Subred integrada de servicios de salud suroccidente |          |                   |
| NIT       | 900.959.048-4                                       | Teléfono | (031) 4546800     |
| Dirección | CI 9 39 46                                          | Ciudad   | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| Generación           | 23/02/2026, 17:28 |
| Expedición           | 23/02/2026, 17:28 |
| Vencimiento          | 23/02/2026        |

| Ítem | Descripción                                         | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Bruto     |
|------|-----------------------------------------------------|----------|--------------|---------------|
| 1    | Prestacion de servicios de anestesiologia por horas | 108.00   | 120,000.00   | 12,960,000.00 |

Total items: 1

Valor en Letras:

Once millones cuatrocientos nueve mil doscientos seis pesos m/cte con cuarenta cent.

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Consignación bancaria - Consignación \$ 11,409,206.40

|                |               |
|----------------|---------------|
| Total Bruto    | 12,960,000.00 |
| Retefuente 11% | 1,425,600.00  |
| RetelCA 9.66   | 125,193.60    |
| Total a Pagar  | 11,409,206.40 |

Observaciones:



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |               |                     |            |                       |  |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|------------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección     | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 1091533505                 |    | LAZARO OVALLE MARTHA PATRICIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | AK 72 #24C-99 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3115542053 | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |  |            |          |            |            |             |             |
|-----------------------------------|---------|----------|--|------------|----------|------------|------------|-------------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave    |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago     |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Valor       |
| 2026-01                           | 2026-01 | 28494426 |  | 9498974274 | I        | 2026/02/03 | 2026/02/02 | BANCOLOMBIA | \$2,138,400 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |               |       |             |             |        |             |             |           |             |      |           |        |         |      |             |           |              |     |             |           |   |  |     |     |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|---------------|-------|-------------|-------------|--------|-------------|-------------|-----------|-------------|------|-----------|--------|---------|------|-------------|-----------|--------------|-----|-------------|-----------|---|--|-----|-----|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION       |       |             |             | SALUD  |             |             |           | CCF         |      |           |        | RIESGOS |      |             |           | PARAFISCALES |     |             |           |   |  |     |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo        | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo | Dias        | IBC         | Aporte    | Codigo      | Dias | IBC       | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte    | Dias         | IBC | Aporte      |           |   |  |     |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |            |               |       | \$6,912,000 | \$1,106,000 |        |             | \$6,912,000 | \$864,000 |             |      | \$0       | \$0    |         |      | \$6,912,000 | \$168,400 |              | \$0 | \$0         |           |   |  |     |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |               |       | \$6,912,000 | \$1,106,000 |        |             | \$6,912,000 | \$864,000 |             |      | \$0       | \$0    |         |      | \$6,912,000 | \$168,400 |              | \$0 | \$0         |           |   |  |     |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |               |       | \$6,912,000 | \$1,106,000 |        |             | \$6,912,000 | \$864,000 |             |      | \$0       | \$0    |         |      | \$6,912,000 | \$168,400 |              | \$0 | \$0         |           |   |  |     |     |
| 1                                                | CC             | 1091533505 | LAZARO MARTHA | 25-14 | 30          | \$6,912,000 |        | \$1,106,000 | EPS005      | 30        | \$6,912,000 |      | \$864,000 |        | 0       |      | \$0         | \$0       | 14-11        | 30  | \$6,912,000 | \$168,400 | 0 |  | \$0 | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |               |       | \$6,912,000 | \$1,106,000 |        |             | \$6,912,000 | \$864,000 |             |      | \$0       | \$0    |         |      | \$6,912,000 | \$168,400 |              | \$0 | \$0         |           |   |  |     |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |               |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion     | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1091533505                 |    | LAZARO OVALLE MARTHA PATRICIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | AK 72 #24C-99 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3115542053 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |            |          |            |            |             |           |             |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave    |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago        |           |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago     | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor       |
| 2026-01                           | 2026-01 | 28494426 | 9498974274 | I        | 2026/02/03 | 2026/02/02 | BANCOLOMBIA | 0         | \$2,138,400 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                    |                |                        |                    |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR      |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$1,106,000        | \$0            | \$0                    | \$1,106,000        |  |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$1,106,000        | \$0            | \$0                    | \$1,106,000        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$168,400          | \$0            | \$0                    | \$168,400          |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$168,400          | \$0            | \$0                    | \$168,400          |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$864,000          | \$0            | \$0                    | \$864,000          |  |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$864,000          | \$0            | \$0                    | \$864,000          |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$2,138,400</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$2,138,400</b> |  |



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS           |
|--------------------------|-----------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC              |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1091533505      |
| NOMBRES                  | MARTHA PATRICIA |
| APELLIDOS                | LAZARO OVALLE   |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**        |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.     |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.     |

#### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                   | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/09/2013                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                     |                        |                     |                      |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------------|
| Fecha de Impresión: | 02/23/2026<br>17:26:12 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070::1 |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos,

corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                     |                                |                                                    |                        | Versión<br>3                     |            |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                     |                                |                                                    |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |            |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                |                                                    |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |            |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                                | Martha Patricia Lazaro Ovalle                      |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                | C.C                                                | X                      | C.E                              | No.        |                                                                                     | 1091533505 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                                | mplazaroo@gmail.com                                |                        |                                  | CELULAR:   |                                                                                     | 3115542053 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                |                                                    |                        | SUBRED                           |            |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                                | QURURGICO CIRUGÍA GENERAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                        |                                  | SEDE:      |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo     | %                              | Centro de costo                                    | %                      |                                  |            |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10C01             | 90                             | KE10A28                                            | 10                     |                                  |            |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO AV VILLAS S A |                                |                                                    |                        | TIPO DE CUENTA:                  |            | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                | 725729425                                          |                        |                                  | PENSIONADO |                                                                                     | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                     | 105                            |                                                    |                        | VIGENCIA                         |            | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 291                 | FECHA                          | 2026-01-19 06:12:54.000                            | NÚMERO DE CRP          | 10803                            | FECHA      | 2026-02-01 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                     | ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                                | DESDE                                              | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA      | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                |                                                    | 2026-03-01             |                                  |            | 2026-03-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                |                                                    | \$16,560,000           |                                  |            |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                     | Asistencial                    |                                                    | RESERVA DE GLOSA 0%    |                                  |            | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                |                                                    |                        | VALORES                          |            |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                     |                                |                                                    |                        | \$69,120,000                     |            |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                |                                                    |                        | \$29,520,000                     |            |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                |                                                    |                        | \$16,560,000                     |            |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                |                                                    |                        | \$0                              |            |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                |                                                    |                        | \$39,600,000                     |            |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                                |                                                    |                        | 43%                              |            |                                                                                     |            |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION   | APORTE A SALUD 12.5% IBC       |                                                    | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL | TOTAL APORTES                                                                       |            |
| 9500802604                                                                                                                                                                                                                                                   | \$5,184,000         | \$648,000                      |                                                    | \$829,440              | 3                                | \$126,282  | \$1,603,722                                                                         |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| MADELEINE ARIZA<br>53907501<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                     |                                |                                                    |                        |                                  |            |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                 | PRODUCTOS                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| - Cumplir con la Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.                                                                                                                                                                       | Consulta Preanestésica – consulta Externa   | Valoraciones pre-anestésicas -Record de Rips de Consulta Externa          |
| - Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.                                                                                                                                                                                                                                          | Interconsulta – Urgencias y Hospitalización | Valoraciones pre-anestésicas – Libro Diario de relación de interconsultas |
| - Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.                                                                                                                                                                                    | Valoración y seguimiento en Recuperación    | Recuperación Completa del Paciente                                        |
| - Cumplir con las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Anestesia en Ginecología y Sala de Partos   | Record Anestesia                                                          |
| - Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos al Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control Interno. | Anestesia en Ginecología y Sala de Partos   | Record Anestesia                                                          |
| - Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el contratante y por las entidades autorizadas por este.                                                                                                                                                                                                                                                     | Anestesia en Salas de Cirugía               | Record Anestesia                                                          |
| - Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Anestesia en Salas de Cirugía               | Record Anestesia                                                          |
| <p><b>MADELEINE ARIZA</b><br/>53907501<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                           |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                                                                  |                                             |                                                                           |

Espacio para  
Logo Corporativo

MARTHA PATRICIA LAZARO  
OVALLE  
NIT 1.091.533.505  
Cl 65 bis 86-50. In 2. Ap 401  
Tel: (031) 3115542053  
Bogotá - Colombia  
mplazaroo@gmail.com



Factura electrónica de venta  
No. MD 70

|           |                                                     |          |                   |
|-----------|-----------------------------------------------------|----------|-------------------|
| Señores   | Subred integrada de servicios de salud suroccidente |          |                   |
| NIT       | 900.959.048-4                                       | Teléfono | (031) 4546800     |
| Dirección | Cl 9 39 46                                          | Ciudad   | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| Generación           | 24/03/2026, 11:15 |
| Expedición           | 24/03/2026, 11:15 |
| Vencimiento          | 24/03/2026        |

| Ítem | Descripción                                         | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Bruto     |
|------|-----------------------------------------------------|----------|--------------|---------------|
| 1    | Prestacion de servicios de anestesiologia por horas | 138.00   | 120,000.00   | 16,560,000.00 |

Total items: 1

Valor en Letras:  
Catorce millones quinientos setenta y ocho mil cuatrocientos treinta pesos m/cte con cuarenta cent.

Forma de pago:  
Contado

Medio de pago:  
Consignación bancaria - Consignación \$ 14,578,430.40

Observaciones:

|                |               |
|----------------|---------------|
| Total Bruto    | 16,560,000.00 |
| Retefuente 11% | 1,821,600.00  |
| RetelCA 9.66   | 159,969.60    |
| Total a Pagar  | 14,578,430.40 |

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764099144060 aprobado en 20250924 prefijo MD desde el número 63 al 100 Vigencia: 6 Meses

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa  
CUFE: 76d55042c7985601fa27bee282d9acc1b1200cd841785b457bd36210c76ab48c0e932ba3babf6503d46d8f80dd1e17d8

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |               |                     |            |                       |  |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|------------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección     | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 1091533505                 |    | LAZARO OVALLE MARTHA PATRICIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | AK 72 #24C-99 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3115542053 | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |  |            |          |            |            |             |             |
|-----------------------------------|---------|-----------|--|------------|----------|------------|------------|-------------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave     |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago      |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Valor       |
| 2026-02                           | 2026-02 | 105588323 |  | 9500802604 | I        | 2026/03/03 | 2026/03/02 | BANCOLOMBIA | \$1,603,800 |

| 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)                |                |            |               |       | \$5,184,000 | \$829,500   |           |        | \$5,184,000 | \$648,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$5,184,000 | \$126,300   |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |               |       | \$5,184,000 | \$829,500   |           |        | \$5,184,000 | \$648,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$5,184,000 | \$126,300   |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |               |       | \$5,184,000 | \$829,500   |           |        | \$5,184,000 | \$648,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$5,184,000 | \$126,300   |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 1091533505 | LAZARO MARTHA | 25-14 | 30          | \$5,184,000 | \$829,500 | EPS005 | 30          | \$5,184,000 | \$648,000 |      | 0   | \$0    | \$0     | 14-11 | 30          | \$5,184,000 | \$126,300    | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |               |       | \$5,184,000 | \$829,500   |           |        | \$5,184,000 | \$648,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$5,184,000 | \$126,300   |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |               |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion     | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1091533505                 |    | LAZARO OVALLE MARTHA PATRICIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | AK 72 #24C-99 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3115542053 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |             |           |             |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |           |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor       |
| 2026-02                           | 2026-02 | 105588323 | 9500802604 | I        | 2026/03/03 | 2026/03/02 | BANCOLOMBIA | 0         | \$1,603,800 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                    |                |                        |                    |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR      |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$829,500          | \$0            | \$0                    | \$829,500          |  |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$829,500          | \$0            | \$0                    | \$829,500          |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$126,300          | \$0            | \$0                    | \$126,300          |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$126,300          | \$0            | \$0                    | \$126,300          |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$648,000          | \$0            | \$0                    | \$648,000          |  |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$648,000          | \$0            | \$0                    | \$648,000          |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$1,603,800</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$1,603,800</b> |  |



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS           |
|--------------------------|-----------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC              |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1091533505      |
| NOMBRES                  | MARTHA PATRICIA |
| APELLIDOS                | LAZARO OVALLE   |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**        |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.     |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.     |

#### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                   | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/09/2013                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                            |                        |                            |                |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| <b>Fecha de Impresión:</b> | 03/24/2026<br>11:21:27 | <b>Estación de origen:</b> | 192.168.70.220 |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

Medellin, 24 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **MARTHA PATRICIA LAZARO OVALLE** con documento de identidad **C1091533505**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2024-07-01   | 3000-12-31 | DEPENDIENTE                                                             | RIESGO III        | 0000000003 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |
| 2025-01-01   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III        | 0000000003 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

**Certifica que:**

***MARTHA PATRICIA LÁZARO OVALLE***

**CC 1091533505**

**Ha participado y aprobado el proceso de formación de:**

***Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES***

**Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas**

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *martes, 10 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

*Andrea Elizabeth Hurtado Neira*  
Gerente

***“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”***



QR de  
verificación:

