

|                                                                                  |                                                                                   |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>          | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 |
|                                                                                  |                                                                                   | VERSIÓN: 8            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                  |                                                                                   | FECHA: 28/07/2020     |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                      |                                                      |                                                             |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JORGE JOSEPF VALENCIA AMAYA              |                                                      |                                                             |                                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                               | C.C X C.E                                            | NO.                                                         | 1020800054                                                                          |
| CELULAR:<br>3006420583                                           | CORREO ELECTRÓNICO:<br>drvalenciaortopedia@gmail.com | SEDE:<br>HOSPITAL SUBA<br>CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO | CENTRO DE COSTOS:<br>CESI200R - HOSP QUIRURGICOS - INTERCONSULTA ORTOPEDIA -USS CES |
| PROCESO:<br>DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS                 |                                                      | SERVICIO:<br>ASISTENCIAL                                    |                                                                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>NU COLOMBIA COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO SA | TIPO DE CUENTA:<br>AHORROS                           | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>91404536                      |                                                                                     |
| PENSIONADO:                                                      | SI No X                                              |                                                             |                                                                                     |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |     |       |            |                                  |       |       |            |
|------------------------------------------------------------------|-----|-------|------------|----------------------------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>3292-2026                      |     |       |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>3.7 |       |       |            |
| CDP 1                                                            | 164 | FECHA | 22/01/2026 | CRP 1                            | 12721 | FECHA | 11/02/2026 |
| CDP 2                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 2                            | —     | FECHA | —          |
| CDP 3                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 3                            | —     | FECHA | —          |
| CDP 4                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 4                            | —     | FECHA | —          |
| CDP 5                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 5                            | —     | FECHA | —          |
| CDP 6                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 6                            | —     | FECHA | —          |

|                                                                                                                                                                        |  |                                   |       |     |                                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|-------|-----|--------------------------------|-------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |  |                                   |       |     |                                |             |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                   |  |                                   | DESDE |     | HASTA                          |             |
|                                                                                                                                                                        |  |                                   | DÍA   | MES | AÑO                            | DÍA MES AÑO |
|                                                                                                                                                                        |  |                                   | 01    | 05  | 2026                           | 31 05 2026  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>\$ 17.659.026                                                                                                                           |  | TIPO DE SERVICIOS:<br>ASISTENCIAL |       |     | VALOR HORA / DÍA:<br>\$ 94.941 |             |

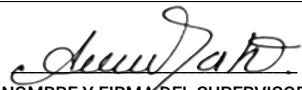
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
| El documento entregado carece de un reporte auténtico sobre las actividades realizadas y los productos obtenidos. Debido a que el contenido consiste en una duplicación de textos anteriores (copiar y pegar), no se considera un informe válido para proceder con el pago.                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| El documento entregado no refleja todas las obligaciones establecidas en el contrato, por lo que no se considera un informe válido para proceder con el pago.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| En los distintos apartados de productos entregados, no se especifica la cantidad, no se considera un informe válido para proceder con el pago.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| Se deben revisar y corregir los registros en los espacios de producto entregado que presentan incoherencias entre la descripción del producto y la cantidad reportada. • El documento entregado carece de un reporte auténtico sobre las actividades realizadas y los productos obtenidos. Debido a que el contenido consiste en una duplicación de textos anteriores (copiar y pegar), no se considera un informe válido para proceder con el pago. |  |  |  |  |  |  |
| El documento entregado no refleja todas las obligaciones establecidas en el contrato, por lo que no se considera un informe válido para proceder con el pago.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| En los distintos apartados de productos entregados, no se especifica la cantidad, no se considera un informe válido para proceder con el pago.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| Se deben revisar y corregir los registros en los espacios de producto entregado que presentan incoherencias entre la descripción del producto y la cantidad reportada.                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO               |  |  |  |  |  |               |
|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------|
| CONCEPTO                                        |  |  |  |  |  | VALORES       |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:         |  |  |  |  |  | \$ 65.338.397 |
| VALOR EJECUTADO                                 |  |  |  |  |  | \$ 23.925.132 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                    |  |  |  |  |  | \$ 10.823.274 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS                         |  |  |  |  |  | 186           |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES              |  |  |  |  |  | 114           |
| SALDO POR EJECUTAR                              |  |  |  |  |  | \$ 41.413.265 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) |  |  |  |  |  | \$ 0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                         |  |  |  |  |  | 36.6 %        |

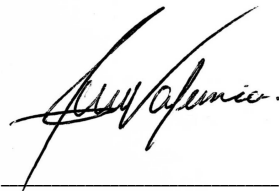
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

|                               |                        |                        |           |            |               |                                |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|--------------------------------|
| IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido | APORTE SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSIÓN 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES | Número de Planilla Mes Vencido |
| \$ 4.557.168                  | \$ 650.000             | \$ 832.000             | III       | \$ 126.700 | \$ 1.608.700  | 9504551694                     |

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR  
ANDREA SANDOVAL CASTRO  
CC: 52770916



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
JORGE JOSEPF VALENCIA AMAYA  
CC: 1020800054

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                        |     |                    |     |     |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                        |     | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                        |     | VERSIÓN: 4         |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                        |     | PÁGINA: 1 DE 1     |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                        |     | FECHA: 07/11/2024  |     |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  | UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO |                                                                                                                                                                        |     |                    |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 3292-2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |  | PERIODO CERTIFICADO                                     | Día                                                                                                                                                                    | Mes | Año                | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |                                                         | 01                                                                                                                                                                     | 05  | 2026               | 31  | 05  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JORGE JOSEPF VALENCIA AMAYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  | DOCUMENTO: 1020800054                                   |                                                                                                                                                                        |     |                    |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                        |     |                    |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 36.6 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                        |     |                    |     |     |      |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |  |                                                         | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                 |     |                    |     |     |      |
| 1Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |  |                                                         | Cumplí con los estándares de producción del servicio asignado, realizando atención oportuna y continua a los pacientes según los tiempos institucionales establecidos. |     |                    |     |     |      |
| 2 Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |  |  |                                                         | Desarrollé actividades asistenciales de acuerdo con los procesos prioritarios y lineamientos normativos vigentes del servicio asignado.                                |     |                    |     |     |      |
| 3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                                                         | Realicé recibo y entrega de turno diligenciando los formatos y registros institucionales correspondientes.                                                             |     |                    |     |     |      |
| 4 Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, respuesta interconsulta, y otros según el caso)dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad |                                                                            |  |  |                                                         | Atendí interconsultas, rondas médicas, evoluciones y procedimientos médicos requeridos en el servicio, realizando registros completos y oportunos en historia clínica. |     |                    |     |     |      |
| 5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  |                                                         | Realicé seguimiento clínico a pacientes en postoperatorio dejando constancia de evolución y manejo en historia clínica.                                                |     |                    |     |     |      |
| 6 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |                                                         | Brindé información y educación a pacientes y familiares sobre diagnóstico, tratamiento, riesgos y cuidados requeridos.                                                 |     |                    |     |     |      |
| 7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                                         | Aplicué políticas institucionales, guías de manejo y protocolos establecidos para la atención en el servicio asignado.                                                 |     |                    |     |     |      |
| 8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |  |                                                         | Realicé la notificación de sucesos de seguridad y eventos de interés en salud pública conforme a lineamientos institucionales.                                         |     |                    |     |     |      |
| 9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |                                                         | Mantuve actualizados los registros clínicos y sistemas de información asignados durante el desarrollo de las actividades asistenciales.                                |     |                    |     |     |      |
| 10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |  |                                                         | Participé en las capacitaciones convocadas por la institución y cumplí con los lineamientos establecidos para el fortalecimiento de competencias.                      |     |                    |     |     |      |
| 11 Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                                                         | Presenté evaluaciones y actividades de adherencia relacionadas con procesos, guías y procedimientos institucionales programados.                                       |     |                    |     |     |      |
| 12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |                                                         | Realicé uso adecuado y cuidado de los equipos e insumos asignados para el desarrollo de las actividades asistenciales.                                                 |     |                    |     |     |      |
| 13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |  |                                                         | Asistí a reuniones y actividades institucionales requeridas por el servicio cuando fue solicitado.                                                                     |     |                    |     |     |      |

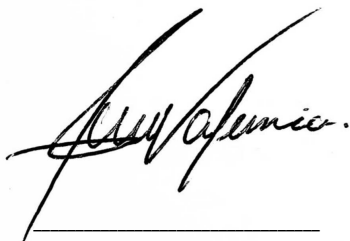
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad                                                      | Participé en actividades relacionadas con habilitación y acreditación institucional aplicando lineamientos de calidad y seguridad del paciente. |
| 15 Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución                                                                                                            | Fortalecí las competencias requeridas para el cumplimiento del objeto contractual y la cultura organizacional institucional.                    |
| 16 Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución                                                                                                                                                                                   | Apoyé de manera coordinada las actividades asistenciales del servicio en articulación con otras áreas de la institución.                        |
| 17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades                                                                                                                                                                                           | Apliqué criterios de autocontrol en el manejo de insumos médico-quirúrgicos utilizados durante la prestación del servicio.                      |
| 18 Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte | Apliqué principios de humanización, trato digno y valores institucionales durante la atención brindada a pacientes y familiares.                |

OBSERVACIONES:

114 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 10.823.274 — DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br/>JORGE JOSEPF VALENCIA AMAYA<br/>CC: 1020800054</p> | <p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR<br/>ANDREA SANDOVAL CASTRO<br/>CC: 52770916</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

## Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                   |                |            |                |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       |            |     |                    |      |                  |                         |     |           |                     |        |             |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
|-------------------------------------------------|----------------|------------|----------------|-----------------------------|-----|-----|------------|-----|------|-----------------|-----|-------|------------|-----|--------------------|------|------------------|-------------------------|-----|-----------|---------------------|--------|-------------|-------------|-----------|-----------------------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|--------------|------|-------------|--------|-----------|------|-----|--------|
| Identificación                                  |                |            | dv             | Razon Social                |     |     |            |     |      | Clase Aportante |     |       |            |     | Sucursal Principal |      |                  | Direccion               |     |           | Ciudad-Departamento |        |             | Teléfono    |           | Exonerado SENA e ICBF |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| CC 1020800054                                   |                |            |                | VALENCIA AMAYA JORGE JOSEPF |     |     |            |     |      | INDEPENDIENTE   |     |       |            |     | PRINCIPAL          |      |                  | CRA 12 N 116-73 APT 201 |     |           | BOGOTA-BOGOTA D.E.  |        |             | 3006420583  |           | No                    |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION               |                |            |                |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       |            |     |                    |      |                  |                         |     |           |                     |        |             |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| Periodo                                         |                |            | Clave          |                             |     |     |            |     | Tipo |                 |     | Fecha |            |     |                    | Pago |                  |                         |     |           |                     |        |             |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| Pensión                                         |                | Salud      |                | Pago                        |     |     | Planilla   |     |      | Planilla        |     |       | Limite     |     | Pago               |      | Banco            |                         |     | Dias Mora |                     |        | Valor       |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| 2026-04                                         |                | 2026-04    |                | 297159480                   |     |     | 9504551694 |     |      | I               |     |       | 2026/05/14 |     | 2026/05/11         |      | BANCO DAVIVIENDA |                         |     | 0         |                     |        | \$1,608,700 |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |            |                |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       |            |     |                    |      |                  |                         |     |           |                     |        |             |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| EMPLEADO                                        |                |            | NOVEDADES      |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       |            |     |                    |      | PENSION          |                         |     |           | SALUD               |        |             |             | CCF       |                       |      |             | RIESGOS   |        |      |     |        | PARAFISCALES |      |             |        |           |      |     |        |
| No.                                             | Identificación |            | Nombre         |                             | ing | ret | del        | tae | tdp  | tap             | vsp | pcr   | vst        | sln | lge                | lma  | vac              | avp                     | vct | lrr       | vip                 | Codigo | Dias        | IBC         | Aporte    | Codigo                | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo       | Dias | IBC         | Tarifa | Aporte    | Dias | IBC | Aporte |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |            |                |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       |            |     |                    |      |                  |                         |     |           |                     |        |             |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |                |            |                |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       |            |     |                    |      |                  |                         |     |           |                     |        |             |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) |                |            |                |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       |            |     |                    |      |                  |                         |     |           |                     |        |             |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
| 1                                               | CC             | 1020800054 | VALENCIA JORGE |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       | X          |     |                    |      |                  |                         |     |           |                     | 25-14  | 30          | \$5,200,000 | \$832,000 | EPS005                | 30   | \$5,200,000 | \$650,000 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-11        | 30   | \$5,200,000 | 2.436% | \$126,700 | 0    | \$0 |        |
| Total Afiliados( 1)                             |                |            |                |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       |            |     |                    |      |                  |                         |     |           |                     |        |             |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |
|                                                 |                |            |                |                             |     |     |            |     |      |                 |     |       |            |     |                    |      |                  |                         |     |           |                     |        |             |             |           |                       |      |             |           |        |      |     |        |              |      |             |        |           |      |     |        |

## Planilla Resumen

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                    |                |                        |                    |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR      |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$832,000          | \$0            | \$0                    | \$832,000          |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$832,000          | \$0            | \$0                    | \$832,000          |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$126,700          | \$0            | \$0                    | \$126,700          |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$126,700          | \$0            | \$0                    | \$126,700          |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$650,000          | \$0            | \$0                    | \$650,000          |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$650,000          | \$0            | \$0                    | \$650,000          |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$1,608,700</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$1,608,700</b> |

JORGE JOSEPF VALENCIA AMAYA

NIT: 700001987 - 8

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CR 6 115 65 OF 305 A IN F, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3107653525

Email. jusepf17@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764103316305 válida desde 2025-12-18 hasta 2027-12-18 rango desde FE1 hasta FE1000

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

NIT: 900971006

Dirección: CL 66 15 41, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Teléfono: 3164277185

Email: gerencia@subrednorte.gov.co

Forma de pago: Crédito

Medio de pago: Transferencia Débito

Fecha de Pago: 31/05/2026

Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FE10

MONEDA: COP Peso colombiano

HORA EMISIÓN: 11:57:07

FECHA FIRMADO: 10/05/2026 11:57:09

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

| DIA | MES | AÑO  |
|-----|-----|------|
| 10  | 05  | 2026 |

| DIA | MES | AÑO  |
|-----|-----|------|
| 31  | 05  | 2026 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN                                             | U.M | CANTIDAD | PRECIO U.       | IMPUESTOS |         |       | DCTO.  | TOTAL           |
|---|--------|---------------------------------------------------------|-----|----------|-----------------|-----------|---------|-------|--------|-----------------|
|   |        |                                                         |     |          |                 | NOM.      | % o VAL | MONTO |        |                 |
| 1 | 001    | Honorarios<br>Honorarios médico ortopedista mes de Mayo | 94  | 1,00     | \$10.823.274,00 |           |         |       | \$0,00 | \$10.823.274,00 |

Notas:

SON: (diez millones ochocientos veintitres mil doscientos setenta y cuatro pesos cero centavos)

CUFE: ea1ce19de47c775735da9c5d598fbc604f027e4d4395d1861e662f32be60806656a9656ebb978dab6b98ef1358affc7

|             |                 |
|-------------|-----------------|
| Subtotal:   | \$10.823.274,00 |
| Cargos:     | \$0,00          |
| Descuentos: | \$0,00          |
| Total:      | \$10.823.274,00 |

Firma Digital: rsOMdGUckrvwuanpolmz2GFqHHRliiHsNKcnKohd7BuLbDPwJITf3fSPkCDttMdH  
hzCv7eBEOYqpTfM7/pLixbhjSEJHKidqFfHCv+rVGFgW9CO5DSoVurWoPGzEzGJ  
uOLFgWJvF6xCjxHG+gEO05XuqDLjW9FkKbkuPFn9v6plY+8VMcFWszGE8SVgkfvXV  
Mj8gh87vLzBxx9hnhj6d/qVvLVLIFTRgMOXYDOIkeESW1BWVPP4kuVAFG+w264O2K  
yKGqztPME7EC48WUWguZV6BgYCr2ePENw6njKXJy5mwCcfv27qho3pXIXN3NC5E  
FLivmKv+nD85q86ngwdmkg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..

