

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

| | |
|---------------------|---------------|
| Versión | 3 |
| Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| Código: | 04-02-FO-0002 |



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|-----------------|-----------------|-----------------|------------|-----------------|----|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | aida alexandra lara palacios | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | No. | 53108505 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | aalarapalacios@gmail.com | | | CELULAR: | 3016361365 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | URG OBSERVACIÓN ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE10B04 | 25 | KE10C10 | 25 | KE10D05 | 25 | KE10I03 | 25 |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 5570394758 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|--------------------|-----|-------|----------------------------|---------------|-------|-------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | 161 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 291 | FECHA | 2026-01-19 06:12:54.000 | NÚMERO DE CRP | 10858 | FECHA | 2026-02-01 00:00:00.000 |

OBJETO DEL CONTRATO:

| | | | | |
|----------------------|-------|---------------|-------|-------------|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
| | | 2026-05-01 | | 2026-05-31 |

| | | | |
|-----------------------------|-------------|---------------------|-----|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | \$6,554,448 | | |
| 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: | \$61,174,848 |
| VALOR EJECUTADO | \$32,317,066 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$6,554,448 |
| VALOR A LIBERAR | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | \$28,857,782 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 53% |

El interventor 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 77703905 | \$2,621,779 | \$327,722 | \$419,485 | 3 | \$63,867 | \$811,074 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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..
Copyright © 2021

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|--|--|
| Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Participar en la programación de actividades del área | Participo en la programación de actividades del área | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Emito conceptos médicos que se le requieran. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Soportado en medios internos de información de la subred |

| | | |
|---|---|--|
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Soportado en medios internos de información de la subred |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Soportado en medios internos de información de la subred |

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suoccidente

AIDA ALEXANDRA LARA
PALACIOS

NIT: 53108505 - 6
Régimen: No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764074560406
Fecha 07/07/2024 - 07/07/2026
Autorización de Facturación Electrónica del FE302 al FE402
Pertenciente al régimen simple de tributación
Email: aalarapalacios@gmail.com
Teléfono: 3016361365
Este comprobante corresponde al periodo de:
01/05/2026 hasta: 31/05/2026.

| Departamento | Fecha | | |
|--------------|-------|----|------|
| Bogotá | 26 | 05 | 2026 |

FACTURA ELECTRÓNICA DE
VENTA

N° FE377

| | | | | | |
|----------------------|--|------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|
| Nombre/Razón Social: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDNIT: SUR OCCIDENTE E.S.E | 900959048 | Fecha de firmado: | 26/05/2026 20:53:49 | |
| Dirección: | Calle 9 39 46 | Departamento: | Bogotá | Teléfono: | 0314546800 |
| Email: | opshokginecoped@gmail.com | Forma de Pago: | Contado | Medio de pago: | Consiganción bancaria |
| Vencimiento: | Junio 15 del 2026 | Hora emisión: | 20:53:47 | Moneda: | COP, Peso colombiano |
| Fecha de pago: | 15/06/2026 | Total de Lineas: | 1 | | |

| # | CÓDIGO | CANT. | DESCRIPCIÓN | U.M | IMPUESTOS | | | VR UNIT. | TOTAL |
|--|--------|-------|--|-----|-----------|---------|-------|-------------|----------------|
| | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 06 | 72,00 | SERVICIOS MEDICOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA pago de honorarios 72 horas en SERVICIOS MEDICOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. valor de la hora 91.034 para un total de Honorarios medicos especializados del mes de mayo según contrato 161-2026 | WSD | | | | \$91.034,00 | \$6.554.448,00 |
| Notas: | | | | | | | | Subtotal: | \$6.554.448,00 |
| SON: (seis millones quinientos cincuenta y cuatro mil cuatrocientos cuarenta y ocho pesos cero centavos) | | | | | | | | Cargos: | \$0,00 |
| CUFE: 90d1146ee0e1666b2e59c2cbe1a02994d3c179914288ad230b34e64f7c131e6725cb298b402cb93f9dc05924736eb2e4 | | | | | | | | Descuentos: | \$0,00 |
| | | | | | | | | Total: | \$6.554.448,00 |

Firma Digital: cti0Hw7VFHKMvLeUUmjkR44RmZfjhob7QfWwYYNGnN2T07bFYhSzeCiL+027KM1z4lqTNoRFR/
nWFRlJeyoXXQk2vMolqDmaQIB7qPqda4Dnj6CzZ3pBHobLS3FYLnuoGdBOK/
Zg+V8tsK04WLgVz9dlQXk7FmVD1fVcpLWblynCJ6NxMa26iDWykBXho+JekRMzAjrfC2vRBwXw7BBotR+OOLoZLz4
1zoTvUvD+SbvrJyVCmmLQE7kn7KamShRpOfxevpuTy922+YbCemko8oNUGrmyCmXonxalHqXqnja17p71rowM0R3K
448+409nqvBCw6T1Tlq8Mh0tkSXCpg==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026.
Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|--------------------------------|--------------------|-----------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 53108505 | AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS | | Cra 68B No 96-70 apto 1002 t 4 | 4743872 | aaleexaa1@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 77703905 | 05/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$6,500,000 | \$2.049.900 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 812.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 812.500 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 1.040.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 1.040.000 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 158.400 | | | | 158.400 | 0 | 0 | 158.400 | | | 1.584 | 158.400 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 39.000 | 0 | 0 | 39.000 | 1 |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 812.500 | 812.500 |
| Pensión | 1 | 1.040.000 | 1.040.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 158.400 | 158.400 |
| CCF | 1 | 39.000 | 39.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 2.049.900 | 2.049.900 |



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

AIDA ALEXANDRA LARA PALACIOS identificado con CC. 53108505 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres y/o Razón | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E |
| Tipo y Numero de Documento | NI - 900959048 |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--|
| Fecha de inicio de cobertura | 2025/03/10 | Fecha inicio contrato | 2025/01/01 |
| Tipo de vinculación | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato | 2028/12/31 |
| Riesgo | 3 | Código actividad económica | 3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| Estado afiliación | Activa | Estado del contrato | Activa |
| Fecha retiro | - | | |

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de mayo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26052026A53108505L18421503**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS