

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                  |         |              |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                      | ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA   |                                                  |         | CC:          | 1065611692 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                       | andres-perez-1@hotmail.com   |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3002511124 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                      | CL 23C 70 50                 |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                  | BANCO AV VILLAS              | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 728705299  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                          | PS 4324 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.201.094 |            |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026/06/16                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                  | DEL 2026/06/17 AL 2026/06/30 |                                                  |         |              |            |
| <div><div>ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA<br/>PS_4324_2026_A14B1F</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA<br/>CC: 1065611692<br/>CEL: 3002511124</div> |                              |                                                  |         |              |            |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA

CON C.C N°

1.065.611.692

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025. |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 4324 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/06/16 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |    |
|----------------------------|--------------|----------------------|----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 3.750.012 | No. HORAS EJECUTADAS | 54 |
|----------------------------|--------------|----------------------|----|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 11.250.036 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.201.094 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |               |
|-----------------------------------------|---------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | DOS (2) MESES |
|-----------------------------------------|---------------|

|                                               |                      |
|-----------------------------------------------|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA |
|-----------------------------------------------|----------------------|

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ |
|------------------------|--------------------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 1. Realice apropiación conceptual de lineamientos EBS                     |
| 2  | 3. Participé en proceso de inducción de actividades contractuales         |
| 3  | Participé de inducción sobre modelo de atención de salud                  |
| 4  | Participé en proceso de inducción sobre resolución 3280                   |
| 5  | Participé en proceso de inducción sobre cuentas de cobro                  |
| 6  | Participé en proceso de inducción sobre sistemas de información           |
| 7  | Participé en proceso de inducción sobre facturación y agendamiento        |
| 8  | Participé en proceso de inducción sobre GTAPS                             |
| 9  | Participé en el comité general                                            |
| 10 | Participé en proceso de inducción sobre dinámica gerencial, GTAPS Y SIAPS |
| 11 | Participé en proceso de inducción sobre SIVIGILA                          |

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                | SI | NO |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1    | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                         | X  |    |
| 2    | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X  |    |
| 3    | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                      | X  |    |
| 4    | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?                                        | X  |    |
| 5    | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                             | X  |    |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-17) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |              |               |              |
|--------------------|--------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:   | N°           | OPERADOR:     |              |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD      | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SURA         |               | \$ 0         |
| PENSIÓN:           | COLPENSIONES |               | \$ 0         |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA     |               | \$ 0         |
| OTRO               |              |               |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                | \$ 0 |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                |      |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |      |
| 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) |                                                                                                                                                                                                                                                |      |
| 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                |      |
| 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |      |
| VII. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                |      |
| (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |      |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                |      |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div>ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA</div><div>PS_4324_2026_A14B1F</div><div>ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA</div><div>CC: 1065611692</div></div>                  |      |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</div><div>PS_4324_2026_A14B1F</div><div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |      |



Este es el certificado de tu  
**Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 728705299**

El Banco AV Villas certifica que: **Andres Daniel Perez Medina**  
identificado con el documento No. 1065611692, tiene en la oficina C.C EL EDEN (728) una Cuenta de Ahorros  
- Cuenta Móvil No. 728705299 desde el 21 de abril de 2021.

Fecha de expedición: 29/06/2026



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1065611692** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1065611692                      |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA         |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01/10/2023                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 29/06/2026

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla:** 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

**Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

**Línea Nacional:** 01 8000 519 519

**[epssura.com](http://epssura.com)**



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA identificado con CC. 1065611692 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE |                                                             |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Nombres y/o Razón           | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |
| Tipo y Numero de Documento  | NI - 900959051                                              |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL |                            |                            |                                                                                                                            |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de inicio de cobertura | 2026/06/16                 | Fecha inicio contrato      | 2026/06/16                                                                                                                 |
| Tipo de vinculación          | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato      | 2026/12/31                                                                                                                 |
| Riesgo                       | 3                          | Código actividad económica | 3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| Estado afiliación            | Activa                     |                            |                                                                                                                            |
| Fecha retiro                 | -                          | Estado del contrato        | Activa                                                                                                                     |

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de junio 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](http://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: **CC29062026N1065611692A19369998**. 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](mailto: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

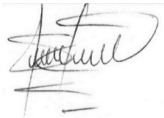


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDRES DANIEL PEREZ MEDINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1065611692**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de junio de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA