

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                   |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                   |                        | Versión<br>3                                             |            |  |                                                          |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                                 |                                                   |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018                         |            |                                                                                     |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                   |                        | Código:<br>04-02-FO-0002                                 |            |                                                                                     |                                                          |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                 |                                                   |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                 | ana maria herrera parra                           |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                 | C.C                                               | X                      | C.E                                                      | No.        |                                                                                     | 1010195056                                               |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                 | amherrera3@fucsalud.edu.co                        |                        |                                                          | CELULAR:   |                                                                                     | 3045965340                                               |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                 |                                                   |                        | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |            |                                                                                     |                                                          |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                 | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA<br>HOSPITAL BOSA |                        |                                                          | SEDE:      |                                                                                     | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                               |                                                   |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | BO37I06           | 100                             |                                                   |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A            |                                                   |                        | TIPO DE CUENTA:                                          |            | AHORRO                                                                              |                                                          |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                 | 550488450937989                                   |                        |                                                          |            | PENSIONADO                                                                          | NO                                                       |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                                 |                                                   |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4187                            |                                                   |                        | VIGENCIA                                                 |            | 2026                                                                                |                                                          |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1163              | FECHA                           | 2026-05-19<br>14:36:00.000                        | NÚMERO DE CRP          | 17594                                                    | FECHA      | 2026-05-26<br>00:00:00.000                                                          |                                                          |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA |                                                   |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                 | DESDE                                             | FECHA INICIAL          |                                                          | HASTA      | FECHA FINAL                                                                         |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                   | 2026-05-25             |                                                          |            | 2026-05-31                                                                          |                                                          |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                 |                                                   | \$4,915,836            |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                 |                                                   |                        | \$39,508,756                                             |            |                                                                                     |                                                          |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                   |                        | \$4,915,836                                              |            |                                                                                     |                                                          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                 |                                                   |                        | \$4,915,836                                              |            |                                                                                     |                                                          |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                   |                        | \$0                                                      |            |                                                                                     |                                                          |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                 |                                                   |                        | \$34,592,920                                             |            |                                                                                     |                                                          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                 |                                                   |                        | 12%                                                      |            |                                                                                     |                                                          |
| El intervector 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                                                                       |                                                          |
| PRIMERA CUENTA                                                                                                                                                                                                                                               | \$908,526         | \$113,566                       |                                                   | \$145,364              | 3                                                        | \$22,132   | \$281,062                                                                           |                                                          |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>jose miguel peralta zabaleta<br>17956572<br>Supervisor                                                                             |                   |                                 |                                                   |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021             |                   |                                 |                                                   |                        |                                                          |            |                                                                                     |                                                          |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTOS                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las 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 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.                  | Se alimenta la información en la historia clínica                                              |
| 4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención                                                                                      | lista de asistencia en el caso de que se genere                                                |
| 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) 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. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención | Estudios estadísticos y consolidado de información para optimizar el recurso de la institución |
| 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión institucional         | no aplica                                                                                      |
| 20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente                                               | cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente                                               |
| 21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.                                                                                                                                 | no aplica                                                                                      |

jose miguel peralta zabaleta  
17956572  
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

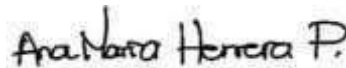
DOCUMENTO EQUIVALENTE  
LA SUBREDINTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA MARIA HERRERA PARRA  
C.C 1.010.195.056

La suma de (\$4.915.836) cuatro millones novecientos quince mil ochocientos treinta y seis mil pesos m/cte.

Por concepto de: Prestar servicios Profesionales Especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de MEDICINA INTERNA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo comprendido entre el 25 al 31 de mayo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4187-2026.



ANA MARIA HERRERA PARRA  
C.C 1.010.195.056  
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA  
NUMERO 550488450937989

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS**

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Ana Maria Herrera Parra, identificado(a) con CC número 1010195056, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN       | CC 1010195056                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                   | Ana Maria Herrera Parra               |
| TIPO DE AFILIADO                      | Titular                               |
| PARENTESCO                            | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                   | 02/10/1990                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN               | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN            | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS        | 17/01/2014                            |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS      | 338 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS         | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO       | 51 semanas                            |
| RÉGIMEN                               | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN        | 26/02/2015                            |
| NIVEL SISBEN                          | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                        |                                       |

CEDULA DE CIUDADANIA 1010195056 ANA MARIA HERRERA  
PARRA Desde 20/02/2025 - Vigente



**Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora  
Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias**

**Certifica**

A quien interese

Que ANA MARIA HERRERA PARRA identificada con cédula de ciudadanía número 1010195056 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002857563, vigente desde el 1 de Julio de 2021 .

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 25 de Abril de 2026.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON  
Director de Servicio al Cliente

0-20260425-22:38-28149941

Bogotá  
658 4000  
484 1300

Resto del País  
01 8000 517 526

Dirección  
Av 19 # 109a - 30  
Bogotá, Colombia

Correo  
cliente@skandia.com.co

www.skandia.com.co





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA HERRERA PARRA identificado con CC. 1010195056 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 | 2026/05/23                 | Fecha inicio contrato      | 2026/05/22                                                                                                                 |
| 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                 | 2026/12/31                 | Estado del contrato        | Activa                                                                                                                     |

Esta certificación se expide a los 26 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: **CC26062026A1010195056P19321961**. 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





## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**26/06/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANA MARIA HERRERA PARRA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1010195056**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Número            | <b>0550488450937989</b> |
| Fecha de apertura | <b>20/02/2025</b>       |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA