

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                          |                                             |               | 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         |               |                                                                                     |                     |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                          | Pablo Alejandro López Mejía                 |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                          | C.C                                         | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1055272980          |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                          | pabloalejo2591@gmail.com                    |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3 2 0 8 6 8 6 4 5 5 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                          |                                             |               | SUBRED                           |               |                                                                                     |                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                          | U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED              |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                        |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10J02           | 100                                      |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCOLOMBIA S.A   |                                          |                                             |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                          | 26266896939                                 |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                  |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4403                                     |                                             |               | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1295              | FECHA                                    | 2026-05-31<br>15:18:57.000                  | NÚMERO DE CRP | 22407                            | FECHA         | 2026-06-11<br>00:00:00.000                                                          |                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | ESPECIALISTA CUIDADO CRITICO O INTENSIVO |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                          | DESDE                                       | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                          |                                             | 2026-06-10    |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |                     |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                          |                                             | \$2,366,880   |                                  |               |                                                                                     |                     |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                          |                                             |               |                                  | \$16,094,784  |                                                                                     |                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                          |                                             |               |                                  | \$2,366,880   |                                                                                     |                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                          |                                             |               |                                  | \$2,366,880   |                                                                                     |                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                          |                                             |               |                                  | \$0           |                                                                                     |                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                          |                                             |               |                                  | \$13,727,904  |                                                                                     |                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                          |                                             |               |                                  | 15%           |                                                                                     |                     |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                   |                                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC                 | APORTE PENSION 16% IBC                      | NIVEL ARL     | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |                     |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                            | \$908,526         | \$113,566                                | \$145,364                                   | 3             | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |                     |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>RODOLFO DUARTE CELY<br>80158750<br>Supervisor                                                                                          |                   |                                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |                     |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                          | ACTIVIDADES                                                                                                | PRODUCTOS                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.                                                                                  | valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades                                    | • Libro de recibo y entrega de turno.                      |
| Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.                                                                           | Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.             | • Lista de programación de actividades.                    |
| Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.                                                                                                                        | • Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.                                          | Historia clínica manual.                                   |
| Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.                                                                                                                      | • realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria                              | Historia clínica y estadística enviada por servicio de eps |
| Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.                                             | • Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.                | • Historia clínica manual.                                 |
| Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.                                                                                                                       | • Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato                                      | • Sistema de PQRS                                          |
| Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.                                                                                                                | • Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes                                        | • Casos atendidos dentro del turno.                        |
| Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.                                                                                     | • Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.                                       | • Listas de asistencia a reuniones del área.               |
| Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área ( monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.                          | • Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio | Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.      |
| Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica. | Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares                              | • Historia clínica manual.                                 |

RODOLFO DUARTE CELY  
80158750  
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



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 Pablo Alejandro Lopez Mejia, identificado(a) con CC número 1055272980, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN       | CC 1055272980                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                   | Pablo Alejandro Lopez Mejia           |
| TIPO DE AFILIADO                      | Titular                               |
| PARENTESCO                            | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                   | 25/01/1991                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN               | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN            | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS        | 01/09/2023                            |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS      | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS         | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO       | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN                               | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN        | 01/09/2023                            |
| NIVEL SISBEN                          | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                        |                                       |

N.I.T. 800149384 CLINICA COLSANITAS S A Desde 01/09/2023 - Vigente  
N.I.T. 860013720 PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA Desde 01/08/2025 - Vigente  
CEDULA DE CIUDADANIA 1055272980 PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA Desde 01/11/2025 - Vigente  
N.I.T. 860015888 HOSPITAL UNIVERSITARIOCLINICA SAN RAFAEL Desde 01/04/2025 Hasta 21/11/2025  
CEDULA DE CIUDADANIA 1055272980 PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA Desde 01/09/2023 Hasta 31/08/2025



## **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**

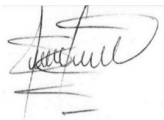
Que Pablo Alejandro Lopez Mejia, identificado(a) con CC número 1055272980, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1055272980**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2023** 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 03 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

Medellín, 23 de junio de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que PABLO ALEJANDRO LOPEZ MEJIA identificado(a) con C1055272980 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10552729802617437506



7e32b9f7-01a5-4d17-9908-9d16a2ede0bb

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Pablo Alejandro Lopez mejia***

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

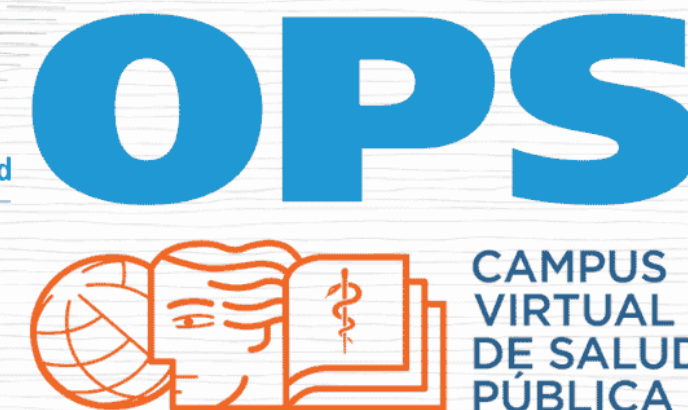
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

30 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

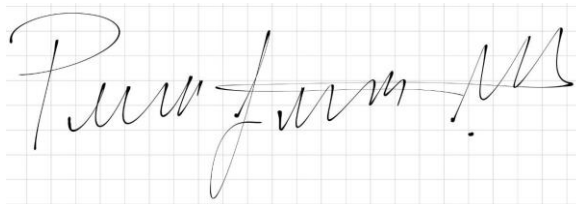
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Pablo Alejandro López Mejía**

**CC: 1055272980 DE BOGOTÁ**

La suma de \$ 2.366.880(DOS MILLONES TRECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS) por concepto de: prestación de servicios como medico Intensivista en el servicio de UCI durante el periodo del 10 al 30 de JUNIO del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No 4403-2026.

A handwritten signature in black ink on a light gray grid background. The signature is cursive and appears to read 'Pablo Alejandro Lopez Mejia'.

**Pablo Alejandro Lopez Mejía**

**CC 1055272980 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NÚMERO 26266896939**

