

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                            |                                                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                            |                                                                                             |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                            | Jazmín Lizeth Velásquez Gómez                                                               |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                            | C.C                                                                                         | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1085274109 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                            | lizvelasquezg02@gmail.com                                                                   |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3003586753 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                            |                                                                                             |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                            | U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (MEDIANA COMPLEJIDAD) USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                          |                                                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10J10           | 100                        |                                                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A            |                                                                                             |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                            | 74526549582                                                                                 |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                            |                                                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 385                        |                                                                                             |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1731              | FECHA                      | 2026-08-19 10:44:40.000                                                                     | NÚMERO DE CRP       | 31880                            | FECHA         | 2026-08-31 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | ESPECIALISTA EN PSIQUIATRA |                                                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                            | DESDE                                                                                       | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                            |                                                                                             | 2026-06-01          |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                            |                                                                                             |                     | \$3,345,120                      |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                            |                                                                                             |                     | \$36,889,240                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                            |                                                                                             |                     | \$18,026,480                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                            |                                                                                             |                     | \$3,345,120                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                            |                                                                                             |                     | \$0                              |               |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                            |                                                                                             |                     | \$18,862,760                     |               |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                            |                                                                                             |                     | 49%                              |               |                                                                                     |            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                            |                                                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                            |                                                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC   | APORTE PENSION 16% IBC                                                                      | NIVEL ARL           | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 9507000105                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,598,224       | \$199,778                  | \$255,716                                                                                   | 3                   | \$38,933                         | \$494,427     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                            |                                                                                             |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 323395. REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE SU ESPECIALIDAD                                                                                                    | Atención y valoración primera vez por psiquiatría en urgencias evolución de pacientes hospitalizados en la institución y que están en manejo por otros servicios                                                                           | REGISTRO EN HISTORIA CLINICA                                                      |
| 323396. CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES,                                                                                                                                                             | Dentro de todos los servicios de la institución. Se cumple ley 23 del 1981                                                                                                                                                                 | REGISTRO DE HISTORIA CLINICA                                                      |
| 323397. LLEVAR REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA SUBRED Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN, | Registro diario de pacientes valorados, entregas de turno                                                                                                                                                                                  | REGISTRO EN HISTORIA CLINICA, ,<br>REGISTRO DE PACIENTES<br>VALORADOS DIARIAMENTE |
| 323398. PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA,                                                                                                                                                                                                                   | Capacitación del personal del Hospital Psicoeducación a familiares y pacientes                                                                                                                                                             | Registro de historia Clínica                                                      |
| 323399. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE,                                                                                                                                                              | Se reportan evento de notificación obligatoria.                                                                                                                                                                                            | NOTIFICACION EN HISTORIA CLINICA                                                  |
| 23400. NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO,                                                                                                                                                                                                          | NOTIFICAR EN SEGURIDAD DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                        | NOTIFICAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE , SE ANOTA EN HISTORIA CLINICA     |
| 323401. PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO,                                                                                                                                                      | PARTICIPAR EN REUNIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.                                                                                                                                                                                         | SE ADICIONA EN HISTORIA CLINICA EN ACTAS CLINICAS , Y /O ADMINISTRATIVAS          |
| 323402. IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE, DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD,                                                                   | Registro de Historia clínica y atención a pacientes y familiares diligenciamiento                                                                                                                                                          | REGISTRO EN HISTORIA CLINICA Y<br>FORMATOS INSTITUCIONALES                        |
| 323403. DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE AL PROCEDIMIENTO,                                                                                                                                                                                                         | REGISTRAR EN HISTORIA CLINICA LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS                                                                                                                                                                               | REGISTRO EN HISTORIA CLINICA                                                      |
| 323404. PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN,                                                                                                                                                                                  | Atención y valoración primera vez Y SEGUIMIENTO por psiquiatría ,Respuesta de interconsulta Atención y valoración de pacientes hospitalizados en la institución y que están en manejo por otros servicios Y POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA | REGISTRO EN HISTORIA CLINICA                                                      |
| 323405. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN,                                                                                                                                                                                         | Registro de Historia clínica y atención a pacientes y familiares diligenciamiento de documentación de historia clinica                                                                                                                     | REGISTRO EN HISTORIA CLINICA E INFORMACION A PACIENTE Y FAMILIAR                  |
| 323406. EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN,                                                                                                                                                                                                                            | EVALUACION INTERVENCION Y CONCEPTO DE PACIENTE QUE REQUIERAN SER VALORADOS                                                                                                                                                                 | REGISTRO EN HISTORIA CLINICA , Y EN JUNTAS MEDICAS .                              |
| 323407. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED,                                                                                                                                                | SEGUIR METODOLOGIA DE L SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTO DE LA SUBRED                                                                                                                                        | CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS POR AL SUBRED                         |
| 323408. ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO,                                                                                                    | ELABORAR INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                    | ENTREGA MENSUAL DE ACTIVIDADES AL SUPERVISOR DE MI AREA                           |
| 323409. RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO,                                                                                                          | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                                                                         |
| 323410. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADA                                                                                                                                                                    | Capacitación del personal del Hospital . Psicoeducación a familiares y pacientes                                                                                                                                                           | REGISTRO EN HISTORIA CLINICA Y ACTA DEL SERVICIO RELACIONADA                      |
| 323411. CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS,                                                                                                                                            | CUMPLIR INDICACIONES DEL SUPERVISOR Y SUBRED EN GENERAL                                                                                                                                                                                    | CONTESTAR INTERCONSULTAS DE PSIQUIATRIA Y DAR SEGUIMIENTO DE ESTOS PACIENTES .    |
| 323412. APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES,                                                                                                                                                     | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                                                                         |
| 323413. REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED,                                                                                                                                 | Registro de Historia clínica y atención a familiares, diligenciamiento de documentación de historia clinica                                                                                                                                | REGISTRO HISTORIA CLINICA ENTREGA Y REPORTE AL SUPERVISOR                         |
| 323413. REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED,                                                                                                                                 | Atención y valoración primera vez por psiquiatría en urgencias Respuesta de interconsulta Atención y valoración de pacientes hospitalizados en la institución y que están en manejo por otros servicios"                                   | REGISTRO HISTORIA CLINICA ENTREGA Y REPORTE AL SUPERVISOR                         |

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 323414. PARTICIPACIÓN EN LAS INVESTIGACIONES QUE SE ADELANTEN EN LA SUBRED QUE PERMITAN CONOCER Y PLANTEAR NUEVAS ALTERNATIVAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE LOS USUARIOS, | PARTICIPAR EN JORNADAS DE INVESTIGACION EN SALUD                                                          | PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE INVESTIGACION DE LA SUBRED |
| 323415. REALIZAR SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS PARA LOS QUE SEA DESIGNADO,                                                                                                     | No Aplica                                                                                                 | No Aplica                                                |
| 323416. ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE,                               | ENTREGAR LA CONSTANCIA DE PAGO AL SERVICIO DE SALUD Y PENSIONES , ADMINISTRACION DE RIESGOS PROFESIONALES | ENTREGA AL SUPERVISOR                                    |
| 323417. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES                                                                                                          | ASISTIR A JUNTAS DEL GRUPO DE EUTANASIA                                                                   | ASISTIR A JUNTAS DEL GRUPO DE EUTANASIA                  |

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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
ca3438490746f7573630c160bcd578b164b069581f990a931ff30de3087e11de9ad96250aba56819bf6ec94c65af26

Número de Factura: FEV-17  
Fecha de Emisión: 25/06/2026  
Fecha de Vencimiento: 25/07/2026  
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito  
Medio de Pago: Transferencia Débito  
Orden de pedido: Factura Junio 2026  
Fecha de orden de pedido: 25/06/2026

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VELASQUEZ GOMEZ JAZMIN LIZETH  
Nombre Comercial: VELASQUEZ GOMEZ JAZMIN LIZETH  
Nit del Emisor: 1085274109  
Tipo de Contribuyente: Persona Natural  
Régimen Fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
Actividad Económica: 8621

País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CL 65 4 A 63  
Teléfono / Móvil: 3003586753  
Correo: lizvelasquezg02@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.  
Tipo de Documento: NIT  
Número Documento: 900959048  
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica  
Régimen fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CALLE 9 # 93 - 46  
Teléfono / Móvil: 4399090-3849160  
Correo: lidersedes15@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción                                             | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS |   |     |   | Precio unitario de venta |
|------|--------|---------------------------------------------------------|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
|      |        |                                                         |     |          |                 |                   |                 | IVA       | % | INC | % |                          |
| 1    | 1      | HONORARIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS P<br>SIQUIATRIA | HUR | 36,00    | \$ 92.920,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |           |   |     |   | \$ 3.345.120,00          |

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:  
25/06/2026 18:29:00  
Documento validado por la  
DIAN:  
25/06/2026 18:29:00  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

|                        |        |            |
|------------------------|--------|------------|
| MONEDA                 |        | COP        |
| TASA DE CAMBIO         |        | 0          |
| Subtotal               |        | 3345120    |
| Descuento detalle      |        | 0,00       |
| Recargo detalle        |        | 0,00       |
| Total Bruto Factura    |        | 3345120    |
| IVA                    |        | 0,00       |
| INC                    |        | 0,00       |
| Bolsas                 |        | 0,00       |
| Otros impuestos        |        | 0          |
| Total impuesto (=)     |        | 0          |
| Total neto factura (=) |        | 3345120    |
| Descuento Global (-)   |        | 0,00       |
| Recargo Global (+)     |        | 0,00       |
| Total factura (=)      | COP \$ | \$ 3345120 |

Valores informativos

|             |      |
|-------------|------|
| ANTICIPOS   |      |
| Anticipos   | 0    |
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

|                        |        |                 |
|------------------------|--------|-----------------|
| MONEDA                 |        | COP             |
| TASA DE CAMBIO         |        |                 |
| Subtotal               |        | 3.345.120,00    |
| Descuento detalle      |        | 0,00            |
| Recargo detalle        |        | 0,00            |
| Total Bruto Factura    |        | 3.345.120,00    |
| IVA                    |        | 0,00            |
| INC                    |        | 0,00            |
| Bolsas                 |        | 0,00            |
| Otros impuestos        |        | 0,00            |
| Total impuesto (=)     |        | 0,00            |
| Total neto factura (=) |        | 3.345.120,00    |
| Descuento Global (-)   |        | 0,00            |
| Recargo Global (+)     |        | 0,00            |
| Total factura (=)      | COP \$ | \$ 3.345.120,00 |

Valores informativos

|             |      |
|-------------|------|
| ANTICIPOS   |      |
| Anticipos   | 0,00 |
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764087225021    Rango desde: 1    Rango hasta: 200    Vigencia: 2027-01-15

Medellín, 25 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 JAZMIN LIZETH VELASQUEZ GOMEZ identificado(a) con C1085274109 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:C10852741092617627428

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |                                         |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                               | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1085274109                 |    | VELASQUEZ GOMEZ JAZMIN LIZETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | BALCONES DE LA PRADERA TORRE 8 APTO 501 | PASTO-NARIÑO        | 7360123  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |             |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago        |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Valor     |
| 2026-05                           | 2026-05 | 421879215 | 9507000105 | I        | 2026/06/03 | 2026/06/26 | BANCOLOMBIA | \$551,100 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES            |                |                  |        |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |        |      |             |          |      |
|---------------------------------------------|----------------|------------------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------------|----------|------|
| EMPLEADO                                    |                |                  |        |      | PENSION     |           |        |      |             | SALUD     |        |      |     |        | CCF    |      |             |          |      |
| No.                                         | Identificación | Nombres          | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC         | Aporte   | Dias |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)           |                |                  |        |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,750,905 | \$42,700 |      |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) |                |                  |        |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,750,905 | \$42,700 |      |
| Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO ( 1 Afiliados)  |                |                  |        |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,750,905 | \$42,700 |      |
| 1                                           | CC 1085274109  | VELASQUEZ JAZMIN | 230301 | 30   | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS005 | 30   | \$1,750,905 | \$218,900 | 0      | 0    | \$0 | \$0    | 14-11  | 30   | \$1,750,905 | \$42,700 | 0    |
| <b>Total Afiliados( 1 )</b>                 |                |                  |        |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,750,905 | \$42,700 |      |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |                                         |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                               | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1085274109                 |    | VELASQUEZ GOMEZ JAZMIN LIZETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | BALCONES DE LA PRADERA TORRE 8 APTO 501 | PASTO-NARIÑO        | 7360123  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |             |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago        |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Valor     |
| 2026-05                           | 2026-05 | 421879215 | 9507000105 | I        | 2026/06/03 | 2026/06/26 | BANCOLOMBIA | \$551,100 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200       | \$4,800        | \$0                    | \$285,000     |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$280,200       | \$4,800        | \$0                    | \$285,000     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700        | \$800          | \$0                    | \$43,500      |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700        | \$800          | \$0                    | \$43,500      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900       | \$3,700        | \$0                    | \$222,600     |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$218,900       | \$3,700        | \$0                    | \$222,600     |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$541,800       | \$9,300        | \$0                    | \$551,100     |