

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | Jeyimmy viviana Buitrago Monroy      |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                  | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52305382 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | vivianajbm@gmail.com                 |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 7513102  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |          |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | EQUIPO ATENCION EN CASA USS PIAMONTE |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | PA33K33-5         | 100                       |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A      |                                      |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |          |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 570463370027815           |                                      |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO       |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3590                      |                                      |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |          |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 312               | FECHA                     | 2023-01-27<br>16:46:29.000           | NÚMERO DE CRP       | 12835                            | FECHA         | 2023-01-31<br>00:00:00.000                                                          |          |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA    |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      | 2023-03-01          |                                  |               | 2023-03-31                                                                          |          |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      | \$2,299,448         |                                  |               |                                                                                     |          |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial               |                                      | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |          |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                      |                     | VALORES                          |               |                                                                                     |          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                      |                     | \$6,898,344                      |               |                                                                                     |          |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     | \$4,598,896                      |               |                                                                                     |          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                      |                     | \$2,299,448                      |               |                                                                                     |          |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     | \$0                              |               |                                                                                     |          |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                      |                     | \$2,299,448                      |               |                                                                                     |          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                      |                     | 67%                              |               |                                                                                     |          |
| 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 | APOORTE A SALUD 12.5% IBC | APOORTE PENSION 16% IBC              | NIVEL ARL           | APOORTE ARL                      | TOTAL APORTES |                                                                                     |          |
| 65592795                                                                                                                                                                                                                                                     | \$919,779         | \$114,972                 | \$147,165                            | 3                   | \$22,406                         | \$284,543     |                                                                                     |          |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA<br>52779671<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                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1.Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil especializado, profesional, técnico y/o bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Se cumplió con las actividades afines com Auxiliar de enfermería - Gestion familiar , bases de agendamiento , revision de dinamica , con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente. | Actas de reunión y solicitudes registradas                             |
| 2. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se hace verificación de frecuencias de uso de cada usuario en esa base, seguimiento al proceso, para verificar quien asistió y quien canceló.                                                                                                                                                                                         | Bases de verificación                                                  |
| 3. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | " Se generó la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas . "                                                                                                                                                                                                                                         | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente Se prestó servicios integrales a todas las familias en los diferentes predios visitados, contando con todos los protocolos de bioseguridad, utilizando los elementos de protección adecuados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | "se realiza acuerdos con los usuarios de manera humanizada con el fin de agendar las citas. "                                                                                                                                                                                                                                         | Actas de reunión y solicitudes registradas                             |
| 5. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | se asistió a las reuniones por la jefe lider de apoyo.                                                                                                                                                                                                                                                                                | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo  |
| 6. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | " Se informó a todos los pacientes sus capacidades de autogestión y liderazgo frente a la movilización social por el derecho a la salud "                                                                                                                                                                                             | • Actas de reunión y solicitudes registradas                           |
| 7. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | "Se realizó la entrega de los productos de la intervención veraz y oportunamente, y con la calidad requerida . Se realiza Agendamiento para los que van casa a casa. "                                                                                                                                                                | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 8 Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | " Se presentaron los soportes de los productos realizados para auditorías programadas. Según las actividades de gestion familiar. . "                                                                                                                                                                                                 | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 9. Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. ISe cumple con los productos asignados acordes al perfil.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se elaboraron cronogramas mensuales de las actividades realizadas durante el desarrollo del proceso y se hizo cumplimiento de los mismos.                                                                                                                                                                                             | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 10 Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | "Se informó oportunamente los eventos durante el desarrollo del proceso que pudiera interferir en el cumplimiento de los objetivos establecidos, además de responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. "                                                                                               | Listados de asistencia, actas de reunión                               |
| 11Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se mantuvo la imagen institucional debido a un porte adecuado del uniforme y chaqueta institucionales.                                                                                                                                                                                                                                | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 12. Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se realizó la entrega de los productos de la intervención veraz y oportunamente, y con la calidad requerida , tambien fallidas , ausentes y rechazadas y no residenciales.                                                                                                                                                            | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 13. Garantizar la entrega oportuna de los productos de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se realizó la entrega de los productos de la intervención,se subio los 20 formularios virtuales de de familias efectivas con sus integrantes que son promedi de 25 a 35 personas valoradas.                                                                                                                                           | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 14. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se ejerció los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de las actividades del contrato                                                                                                                                                                                                              | Actas de reunión y solicitudes registradas                             |
| 15. Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o de nivel central.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se asistió a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo                                                                                                                                                                                                                                | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |
| 16 Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se atendieron las solicitudes y se dieron respuesta oportunamente a las quejas y solicitudes asignadas.                                                                                                                                                                                                                               | Listados de asistencia, actas de reunión                               |
| 17. Resguardar y dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se dio un óptimo uso de los equipos y elementos asignados para el cumplimiento de las obligaciones del convenio                                                                                                                                                                                                                       | Listados de asistencia, actas de reunión en poder del apoyo operativo. |

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio." | Se dio cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | Se dio cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio |
| <p>YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA<br/>52779671<br/>Supervisor</p>                                                                              |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>                     |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |
| <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                    |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2023-02              | 2023-02                           | I             | 15/02/2023               | 65592795        | \$358.900     |     |

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 145.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 145.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 185.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 185.600       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 28.300                 |                  |       |                        | 28.300                | 0         | 0                     | 28.300              |                            |                     | 283               | 28.300        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 145.000                             | 145.000       |
| Pensión                | 1                              | 185.600                             | 185.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 28.300                              | 28.300        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 358.900                             | 358.900       |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                |        |                          |                    |                     |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                                  | 52305382          | JEYMMY VIVIANA BUITRAGO MONROY |        | CALLE 58Q NUM 78L 28 SUR | 3027109759         | VIVIANAJB@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                     |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                     |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                                |        |                          |                    | NO                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2023-02              | 2023-02                           | I             | 15/02/2023               | 65592795        | \$358.900 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|-----------|--------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 52305382              | BUITRAGO MONROY JEYMMY VIVIANA | 59        | 0      |           |                  | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    | 25-14    | 1.160.000 | 185.600    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.160.000 | 145.000                | 14-11    | 1.160.000    | 3               | 28.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JEYMMY VIVIANA BUITRAGO MONROY**  
**CC. 52.305.382 DE BOGOTÁ**

La suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE. (\$ 2.299.448), por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS como TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA en la Dirección de gestión del riesgo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE durante el periodo del 01 al 31 de marzo 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3590-2023.



**Jeymmy Viviana Buitrago Monroy**  
**CC. 52.305.382 DE BOGOTÁ**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**  
**NÚMERO 0570463370027815**