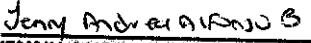
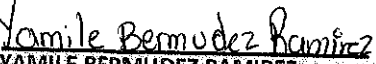


|                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E.                                                                            |                   | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b>                                                                                                                             |                        |                                                 |                                                                                                                                                          | Versión: 1<br>Fecha de aprobación: 09/11/2018<br>Código: 15-02-FO-0002 |          |  AL CALDERA MAYOR DE BOGOTÁ S.C. |            |     |      |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | YAMILE BERMUDEZ RAMIREZ                         |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | C.C.                                            | X                                                                                                                                                        | C.E.                                                                   | NO.      |                                                                                                                     | 52754598   |     |      |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | yamilebermudez34@hotmail.com                    |                                                                                                                                                          |                                                                        | CELULAR: |                                                                                                                     | 3124888264 |     |      |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | FO09                                            |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES |                                                                                                                                                          |                                                                        | SEDE:    |                                                                                                                     | FONTIBON   |     |      |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                  |                   | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                          | %                      | Centro de costo                                 | %                                                                                                                                                        | Centro de costo                                                        | %        | Centro de costo                                                                                                     | %          |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | FO09K26                                                                                                                                                                                                                                                  | 100%                   |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | BANCOLOMBIA                                     |                                                                                                                                                          | TIPO DE CUENTA:                                                        |          | Ahorros                                                                                                             |            |     |      |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | 22129685941                                     |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | PENSIONADO                                                                                                          | NO         |     |      |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                     |                   | 5002-2019                                                                                                                                                                                                                                                |                        | N° DE PAGOS DEL CONTRATO                        |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | 7 DE 7                                                                                                              |            |     |      |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                      |                   | 1173                                                                                                                                                                                                                                                     | FECHA                  | 29/08/2019                                      | NÚMERO DE CRP                                                                                                                                            |                                                                        | 41156    | FECHA                                                                                                               | 31/08/2019 |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                               |                   | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencia en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | DESDE                                           | DIA                                                                                                                                                      | MES                                                                    | AÑO      | HASTA                                                                                                               | DIA        | MES | AÑO  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 | 1                                                                                                                                                        | 9                                                                      | 2019     |                                                                                                                     | 30         | 9   | 2019 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | \$1.710.199                                     |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                  |                   | PIC                                                                                                                                                                                                                                                      |                        | RESERVA DE GLOSA 2%                             |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | \$0                                                                                                                 |            |     |      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | VALORES                                                                                                             |            |     |      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | \$12.028.400                                                                                                        |            |     |      |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | \$11.800.374                                                                                                        |            |     |      |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | \$1.710.199                                                                                                         |            |     |      |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | \$0                                                                                                                 |            |     |      |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | \$285.052                                                                                                           |            |     |      |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          | 98%                                                                                                                 |            |     |      |
| <b>El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:</b>                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,070,290 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                 | IBC DE COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC                                                                                                                                                                                                                                 | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                                       | APORTE ARL                                                                                                                                               | TOTAL APORTES                                                          |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| 37327226                                                                                                                                                                                                                                           | \$828.116,00      | \$103.515                                                                                                                                                                                                                                                | \$132.499              | 3                                               | \$20.173                                                                                                                                                 | \$256.186                                                              |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| Dado en Bogotá en el mes de septiembre del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 |                                                                                                                                                          |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |
| <br><b>JENNY ANDREA ALFONSO BERNAL</b><br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                 | <br><b>YAMILE BERMUDEZ RAMIREZ</b><br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |                                                                        |          |                                                                                                                     |            |     |      |

|                                                                                   |                                                                    |                                 |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión: 2                      |  |
|                                                                                   |                                                                    | Fecha de aprobación: 03/04/2017 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                    | Código: 04-02-FO-0003           |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Ubicación del Servicio: SALUD PUBLICA PIC-FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FOM                                                                                                                                                                                                   | Sede: FONTIBON                |
| No. DE CONTRATO: 5002-2019                                                                                                                                                                                                                                                    | Período certificado desde el: |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: YAMILE BERMUDEZ RAMIREZ                                                                                                                                                                                                                               | C. C. 52.754.598              |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional | DE 30 9 2019                  |

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                       | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico para el PAI.                                                                                                                            | SI         | Se firma y se da cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico para el PAI.                                                                                                                                                                        | ais 150, kardex diario                                                          |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.                                                                                                                | SI         | Durante el alistamiento de termos y paquetes fríos se aplican los pasos descritos en el manual PAI para garantizar el cumplimiento de la cadena de frío y se diligencian los formatos de acuerdo a la calidad esperada.                                                                                                   | sanitización                                                                    |
| Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar.                                                                                   | SI         | Se mantiene el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y se realiza alistamiento del termo, las pilas y los insumos requeridos para los procedimientos de la jornada laboral.                                                                                                                             | registro de lavado de termos, sanitización                                      |
| Realizar actividades de auxiliar de enfermería intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la institución.                                                                                                | SI         | De acuerdo a la asignación por parte de los jefes inmediatos, en el mes de SEPTIEMBRE desarrollo mis actividades en la estrategia de vacunación intramural en EXTRAMURAL.                                                                                                                                                 | se da cumplimiento y participación en las diferentes tácticas de la institución |
| Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia.                | SI         | En este mes se garantizo por parte de la institución los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades y no se presentó ninguna anomalía.                                                                                                                                                                      | se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan anomalías    |
| Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área, vigentes.                                       | SI         | Al inicio de mes por parte de la referencia del programa se hizo socialización del nuevo modelo de atención del PIC y los lineamientos para el desarrollo de PAI de acuerdo a las diferentes estrategias.                                                                                                                 | programado para final de mes                                                    |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.                                                                      | SI         | Se diligencio de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que me son encomendados, así como se vela por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.                                                                                                                            | kardex diario, ais 150 y registro aplicativo PAI                                |
| Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE.                               | SI         | Durante el procedimiento de vacunación se brinda educación acerca de las vacunas que se van a aplicar, los beneficios, cuidados en casa y los posibles eventos seguidos a la vacunación, de igual manera se realiza demanda inducida de acuerdo a las necesidades de los usuarios atendidos.                              | no aplica                                                                       |
| Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida.                       | SI         | Durante el procedimiento de vacunación se aplican los correctos de vacunación.                                                                                                                                                                                                                                            | se entrega a servicios generales                                                |
| Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.                                                                                                                                                | SI         | Se realiza lectura del carnet de vacunas y se confirma la información con el aplicativo PAI en conectividad, de acuerdo a disponibilidad de esta herramienta informática.                                                                                                                                                 | diligenciamiento y entrega de carnet                                            |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.                                                                                                                                                                                             | SI         | Se realiza seguimiento en el mes de SEPTIEMBRE en la localidad de bosa casa a casa, concentración, seguimientos donde se vacunaron: 1 dosis= 5, 2 dosis=5, 3 terceras=8, año =20, R1= 16, R2=12 y esquemas adicionales niños y niñas venezolanos Neumococo 16+HA 13+Varicela = 14, Td= 13, Dpta =2, VPH= 6, Neumococo23=7 | ais 150, kardex diario                                                          |
| Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud. | SI         | Se mantiene actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Se promueve en mi área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.                                                    | ais 150, kardex diario                                                          |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.                                                                                                                                                                                            | SI         | Se asiste a comité pai del mes de septiembre                                                                                                                                                                                                                                                                              | manual de convivencia                                                           |
| Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital.                                                                                                      | SI         | Se maneja de manera confidencial la información y actividades desarrolladas, garantizando custodia y cuidado de la información.                                                                                                                                                                                           | en espera de listado de asistencia                                              |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.                                                                                                                       | SI         | Conozco y aplico los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.                                                                                                                                                                                 | en mi prestación de servicio                                                    |

OBSERVACIONES:

TOTAL APAGAR (Número y letras) \$ 1.710.199 UN MILLON SETECIENTOS DIEZ MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS

Yamile Bermudez Ramirez  
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 52.754.598

Fecha: día/mes/año Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Alcaraz B

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 | CANTIDAD                |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMENSAÑO) | NÚMERO PLANILLA | ENTREGADOS              | USE |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 | 1                       | 0   |
| 2015-08              | 2019-08                          | I             | 08/09/2019              | 37327226        | TOTAL A PAGAR \$266.300 |     |

| TOTALES SAUD |                            |            |                        |               |                  |       |                     |       |           |                   |               |              |
|--------------|----------------------------|------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-------------------|---------------|--------------|
| Código EPS   | Nombre                     | NIT        | Colización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No Afiliados |
|              |                            |            |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                   |               |              |
| EPSUCA       | Recuerdo SGP Capital Salud | 90029372-9 | 103.600                | 0             | 0                |       |                     | 0     | 0         | 0                 | 103.600       | 1            |

| TOTALS PENSION |         |            |                        |                            |                             |                          |                           |                      |                |               |
|----------------|---------|------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|----------------|---------------|
| Código AFP     | Nombre  | NIT        | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte PSP - Solidaridad | Aporte PSP - Subsistencia | Dis. Mora Cotización | Valor Mora PSP | No. Afiliados |
| 230301         | Parvian | 80022400-8 | 132.500                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0                    | 0              | 132.500       |

| Código ARL | Nombre   | NIT        | Incapacitados |                 | Aportes Otros |          | Valor Neto Cotización | Dis. Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal | No. Retenido Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|------------|---------------|-----------------|---------------|----------|-----------------------|-----------|-----------------------|----------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |          |            | Obligatoria   | No Autorización | Valor         | Sistemas |                       |           |                       |          |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11      | ARL SURA | 88993730-5 | 20,200        |                 |               |          | 20,200                | 0         | 0                     | 20,200   |                            |                     | 200               | 20,200        | 4             |

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

| Valor Aporte                                                                                                                                                                                                            | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SEMA</b>                                                                                                                                                                                                             |           |                   |               |               |
| <small>           1. El presente documento es una copia de la información registrada en el Sistema de Información de la Secretaría de Economía (SEMA) y no debe ser utilizado para fines de otro tipo.         </small> |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA  |                                |                                  |                |
|-------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora:    | No. Administradores Reportados | Valor apr de IGE LMA, Rpr y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                   | 1                              | 103,800                          | 103,800        |
| Parvodon                | 1                              | 132,500                          | 132,500        |
| <b>Rangos Laborales</b> | <b>1</b>                       | <b>20,200</b>                    | <b>20,200</b>  |
| CE                      | 0                              | 0                                | 0              |
| ESAP                    | 0                              | 0                                | 0              |
| ICBF                    | 0                              | 0                                | 0              |
| MEN                     | 0                              | 0                                | 0              |
| SENA                    | 0                              | 0                                | 0              |
| <b>TOTALES</b>          | <b>3</b>                       | <b>256,300</b>                   | <b>256,300</b> |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                           |                   |              |                                   |                                        |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|-------------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE          | DIRECCION         | TELÉFONO     | CORREO                            | EXCERENADO PAGO<br>FARMACIA Y<br>SALUD |
| CC                    | 527545398          | YAMILLE BERNARDEZ RAMIREZ | KR 81 75 SUR BOGA | 20976647     | yramilbernardez24@hotmail.co<br>m |                                        |
| FORMA<br>PRESENTACION | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL        | CÓDIGO            | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO                |                                        |
| ÚNICA                 | 1 - Independiente  |                           |                   | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.                       |                                        |
|                       |                    |                           |                   |              | NO                                |                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                 |              |                        |                 | CANTIDAD      |     |
|----------------------|---------------------------------|--------------|------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIAO) | TPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESIAO) | NÚMERO PLANILLA | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                 |              |                        |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALDI        | PERIODO PENSIONES               |              |                        |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2019-08              | 2019-08                         | 1            | 09/09/2019             | 37327226        | \$256,300     |     |

## DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]