

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|----------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|-------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    | Versión             |                         | 3             |               |  |             |  |                               |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                   |  |                                                    | Fecha de aprobación |                         | 2/15/2018     |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    | Código:             |                         | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |  | Camila Andrea Rodriguez Vargas                     |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |  | C.C                                                |                     | X                       |               | C.E           |                                                                                     | No.         |  | 1233893056                    |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                   |  | camilaan.ro97@gmail.com                            |                     |                         |               | CELULAR:      |                                                                                     | 4689430     |  |                               |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |  |                                                    |                     | SUBRED                  |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |  | PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                         |               | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED      |  |                               |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo   |  | %                                                  |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | FO09K30           |  | 100                                                |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCOLOMBIA S.A   |  |                                                    |                     | TIPO DE CUENTA:         |               | AHORRO        |                                                                                     |             |  |                               |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |  | 54700002536                                        |                     |                         |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO          |  |                               |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |  | 2095                                               |                     |                         |               | VIGENCIA      |                                                                                     | 2023        |  |                               |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 289               |  | FECHA                                              |                     | 2024-01-17 10:55:11.000 |               | NÚMERO DE CRP |                                                                                     | 9810        |  | FECHA 2024-01-17 11:59:00.000 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |  | PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL                 |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |  | DESDE                                              |                     | FECHA INICIAL           |               | HASTA         |                                                                                     | FECHA FINAL |  |                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    |                     | 2024-01-10              |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |  |                                                    |                     | \$1,412,361             |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |  | PIC               |  | RESERVA DE GLOSA 0%                                |                     |                         |               | N/A           |                                                                                     |             |  |                               |  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | VALORES       |                                                                                     |             |  |                               |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$59,616,081  |                                                                                     |             |  |                               |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$54,364,992  |                                                                                     |             |  |                               |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$1,412,361   |                                                                                     |             |  |                               |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$0           |                                                                                     |             |  |                               |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$5,251,089   |                                                                                     |             |  |                               |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | 91%           |                                                                                     |             |  |                               |  |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           |  | IBC DE COTIZACION |  | APORTE A SALUD 12.5% IBC                           |                     | APORTE PENSION 16% IBC  |               | NIVEL ARL     |                                                                                     | APORTE ARL  |  | TOTAL APORTES                 |  |
| 73737760                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$1,599,228       |  | \$199,904                                          |                     | \$255,876               |               | 3             |                                                                                     | \$38,957    |  | \$494,737                     |  |
| Dado en Bogotá a los veinte(20) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                                |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |                               |  |
| MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ<br>52279556<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                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Prestar servicios de atención en salud de acuerdo a las necesidades expuestas.                                                                   | Reporte de asistencia de cada una de las intervenciones realizadas y las jornadas en salud.                                    |
| Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se brinda información oportuna a la comunidad sobre el servicio de acogida juveniles en las diferentes localidades de la subred sur occidente.   | Información suministrada a usuarios.                                                                                           |
| Conocer y aplicar las políticas institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se realiza apropiación conceptual del lineamiento técnico y profundización de la estrategia Servicios de Acogidas Juveniles.                     | Entrega de acta de apropiación de conocimientos.                                                                               |
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Realizar proceso de acompañamiento a los usuarios de la Subred de Occidente de manera asertiva.                                                  | Información suministrada a usuarios, a través del proceso continuo realizado en la estrategia de servicios de acogida juvenil. |
| Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato."                                                                                                                                                                                                                                                   | Realizar el pago de seguridad social conforme a los honorarios correspondientes al periodo actual.                                               | Planilla pagada de parafiscales                                                                                                |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, el CONTRATANTE queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del CONTRATISTA las sumas correspondientes como pago o reposición de los mismos. " | Se realiza uso adecuado de las estructuras, materiales e insumos proporcionados, asegurando su cuidado y protección y evitando daños o pérdidas. | Uso adecuado de la carpa y demás insumos proporcionados.                                                                       |
| Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se realizan informes según disposición de las áreas respectivas.                                                                                 | Informes y actas correspondientes al mes y a las acciones realizadas                                                           |
| Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o reintroducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se realiza presencia en asistencias técnicas proporcionadas por la Subred de Occidente.                                                          | Certificado de asistencia.                                                                                                     |
| Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se realizaron las actividades correspondientes a instrucción de referente y líder de programa.                                                   | Realización de sesiones colectivas con los NNJA y participación en reunión del entorno cuidador comunitario.                   |
| El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato.                                                                                                                                                                       | Durante el cumplimiento de la labor se porto el carne institucional de manera decorosa y se mantuvo buena presentación personal.                 | Presentación personal                                                                                                          |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se realizaron los diferentes procesos de gestión acorde a las políticas ambientales.                                                             | Implementación de las normas de gestión ambiental.                                                                             |
| Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato.                                                                                                                                                                                                   | Se realizaron las diferentes acciones conforme a lo estipulado por el sistema general de riesgos laboral.                                        | No se reportan accidentes o incidentes durante la ejecución del presente contrato                                              |
| Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se realizan a cabalidad las acciones propuestas.                                                                                                 | Listas y actas de las sesiones colectivas con su respectivo registro fotográfico.                                              |

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ  
52279556  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                |        |                       |                    |                          |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                                  | 1233893056        | CAMILA ANDREA RODRIGUEZ VARGAS |        | DIAGONAL 151N 141A 55 | 3203635135         | CAMILAAN.RO@OUTLOOK.CO M |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                          |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.          | BOGOTÁ, D.C.       |                          |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                                |        |                       |                    | SI                       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2023-12              | 2023-12                           | I             | 04/01/2024               | 73737760        | \$527.000        |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 200.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 200.000       | 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 | 256.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 256.000       | 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 | 39.000                 |                  |       |                        | 39.000                | 0         | 0                     | 39.000              |                            |                     | 390               | 39.000        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |             |              |           |
|---------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 32.000       | 0         |
|               |                |  |  |  |             | 0            |           |
|               |                |  |  |  |             | 0            |           |
|               |                |  |  |  |             | 32.000       |           |
|               |                |  |  |  |             |              |           |
|               |                |  |  |  |             |              |           |
|               |                |  |  |  |             |              |           |
|               |                |  |  |  |             |              |           |
|               |                |  |  |  |             |              |           |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 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                              | 200.000                             | 200.000       |
| Pensión                | 1                              | 256.000                             | 256.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.000        |
| CCF                    | 1                              | 32.000                              | 32.000        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 527.000                             | 527.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                       |                    |                          |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                  | 1233893056        | CAMILA ANDREA RODRIGUEZ VARGAS |        | DIAGONAL 151N 141A 55 | 3203635135         | CAMILAAN.RO@OUTLOOK.CO M |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                          |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.          | BOGOTÁ, D.C.       |                          |
|                     |                   |                                |        |                       |                    | SI                       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2023-12              | 2023-12                           | I             | 04/01/2024               | 73737760        | \$527.000 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |     |     |       |          |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|-----------|--------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|----|-----|-----|-------|----------|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    |    |     |     | SALUD |          |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Sueldo | Excedente | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MA | MA | MA | AVP | VCT | IRL   | CONEXIÓN | 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   | 1233893056            | RODRIGUEZ VARGAS CAMILA ANDREA | 59        | 0      |           |                  | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |     |     |       |          | 25-14    | 1.600.000         | 256.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008       | 1.600.000 | 200.000                | 14-11    | 1.600.000 | 3               | 39.000     | CCF24      | 1.600.000 | 32.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 1/2024

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CAMILA ANDREA RODRÍGUEZ VARGAS

CC 1.233.893.056 DE BOGOTÁ

La suma de \$1.412.361 UN MILLÓN CUATROCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/C por concepto de horas adicionales en la prestación de servicios como PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL – PROFESIONAL UNIVESITARIO 2 durante el periodo de 10 al 20 de ENERO de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2095-2023.



CAMILA ANDREA RODRÍGUEZ VARGAS

CC 1.233.893.056 de BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NÚMERO 54700002536