

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                   |                               |                                                     |                        | Versión             | 3             |               |  <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div> |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                     |                        | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |               |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                     |                        | Código:             | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                                                              |    |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               | NELCY DABEIBA GONZALEZ PINCHAO                      |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               | C.C                                                 | X                      | C.E                 | No.           |               | 1014190123                                                                                                                   |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                               | nedagopi@hotmail.com                                |                        |                     | CELULAR:      |               | 7560505                                                                                                                      |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                                                     |                        |                     | SUBRED        |               |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               | PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                        |                     | SEDE:         |               | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                             |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K26           | 100                           |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A          |                                                     |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO        |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                               | 550488438522259                                     |                        |                     |               | PENSIONADO    |                                                                                                                              | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                               |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1941                          |                                                     |                        | VIGENCIA            |               | 2024          |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2161              | FECHA                         | 2024-10-03 12:31:24.000                             |                        | NÚMERO DE CRP       | 61277         | FECHA         | 2024-10-07 22:16:25.000                                                                                                      |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                               | DESDE                                               | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL   |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                     | 2024-10-01             |                     |               | 2024-10-15    |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                               |                                                     | \$2,306,544            |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                                                     |                        |                     | \$48,437,409  |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                     |                        |                     | \$48,437,409  |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                               |                                                     |                        |                     | \$2,306,544   |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                               |                                                     |                        |                     | \$0           |               |                                                                                                                              |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                               |                                                     |                        |                     | \$0           |               |                                                                                                                              |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                                                     |                        |                     | 100%          |               |                                                                                                                              |    |
| 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 |                                                                                                                              |    |
| 80170513                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,845,234       | \$230,654                     |                                                     | \$295,238              | 3                   | \$44,950      | \$570,842     |                                                                                                                              |    |
| Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                              |                   |                               |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL<br>1022336479<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                      |                   |                               |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                               |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                               |                                                     |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                            | PRODUCTOS                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| REALIZAR LA FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN MODALIDAD FAMILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                              | NO APLICA                      |
| REALIZAR LA FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN MODALIDAD FAMILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | REALIZAR LA FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN MODALIDAD FAMILIAR                                                                                                                                     | 6 ACERCAMIENTOS 6 SESION 2     |
| REALIZAR LA FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN MODALIDAD FAMILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | REALIZAR LA FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN MODALIDAD FAMILIAR                                                                                                                                     | DILIGENCIAR MATRIZ DE ATENCION |
| REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD FAMILIAR CON LA POBLACIÓN VCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD FAMILIAR CON LA POBLACIÓN VCA                                                                                                                                                         | 3 REUNIONES DE EQUIPO          |
| DIGITAR EN BASE DE DATOS EL SEGUIMIENTO POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL PAPSIVI (SEGÚN LA MODALIDAD) Y REALIZAR EL RESPECTIVO CARGUE EN EL APLICATIVO Y/O EN LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                            | DIGITAR EN BASE DE DATOS EL SEGUIMIENTO POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL PAPSIVI (SEGÚN LA MODALIDAD) Y REALIZAR EL RESPECTIVO CARGUE EN EL APLICATIVO Y/O EN LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL | DOS DIAS ADMINISTRATIVOS       |
| PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CONVOCADAS POR LA SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 6 ACERCAMIENTOS 6 SESION 2                                                                                                                                                                                                             | PAP 010 PAP 030                |
| PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS Y CUIDADO A CUIDADORES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                              | NO APLICA                      |
| ACCIÓN INTEGRADA 3 ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | REVICION DE MATRIZ Y ENTREGA DE PRODUCTOS                                                                                                                                                                                              | MATRIZ ACTA DE ENTREGA         |
| CUMPLIR A CABALIDAD CON LAS ACTIVIDADES AFINES AL PERFIL PROFESIONAL Y/O TÉCNICO CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LOS LINEAMIENTOS DISTRITALES, ESTÁNDARES INSTITUCIONALES Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS, CON CRITERIOS DE VERACIDAD, CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN PARÁMETROS DESCRITOS PARA LOS COMPONENTES DEL ESCENARIO, ESPACIO Y/O PROYECTOS ESPECIALES, CUANDO SEAN REQUERIDOS Y/O ASIGNADOS EN EL CONTRATO VIGENTE ENTRE LA SUB RED SUR OCCIDENTE Y LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. | DILIGENCIAR CRONOGRAMA Y MATRIZ DE ATENCION                                                                                                                                                                                            | ACTA DE ENTREGA Y FORMATOS     |
| CONSOLIDAR Y FORTALECER GRUPOS DE LÍDERES PARES FORMADOS SEGÚN NECESIDADES PRIORIZADAS EN SALUD E INCLUSIÓN. FORTALECER LAS CAPACIDADES DE AUTOGESTIÓN Y LIDERAZGO DE PERSONAS, COLECTIVOS GRUPOS, ORGANIZACIONES Y REDES COMUNITARIAS PARA IMPULSAR LOS EJERCICIOS PARTICIPATIVOS Y LA MOVILIZACIÓN SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD.                                                                                                                                                            | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                              | NO APLICA                      |
| REALIZAR AJUSTES DE MANERA OPORTUNA CUANDO SEAN REQUERIDOS ACORDE A LAS PREAUDITORIAS DEL REFERENTE DEL ESPACIO ASIGNADO. REALIZAR ENTREGA OPORTUNA Y CON CALIDAD DE INFORMES REQUERIDOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                              | NO APLICA                      |
| ALISTAR SOPORTES Y PRESENTAR AUDITORÍAS PROGRAMADAS TANTO DE LA ESE COMO DE LA FIRMA AUDITORA O SDS, ENTES DE CONTROL. ASUMIR EL 100% DE GLOSA GENERADA POR LA FIRMA INTERVENTORA AL DETERMINAR INCONSISTENCIAS EN SOPORTES Y/O ACCIONES DE CALIDAD, OPORTUNIDAD, O DE OTRA ÍNDOLE EN LA QUE TENGA RESPONSABILIDAD EL CONTRATISTA. (INCUMPLIMIENTO DE META, INCONSISTENCIA EN SOPORTES, ENTRE OTRAS).                                                                                             | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                              | NO APLICA                      |
| REALIZAR LA FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN MODALIDAD FAMILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DILIGENCIAR MATRIZ DE ATENCION                                                                                                                                                                                                         | MATRIZ, ACATA DE ENTREGA       |
| REALIZAR LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MODALIDAD FAMILIAR CON LA POBLACIÓN VCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DOS REUNIONES DE EQUIPO                                                                                                                                                                                                                | ACTAS LISTADOS DE ASISTENCIA   |
| DIGITAR EN BASE DE DATOS EL SEGUIMIENTO POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL PAPSIVI (SEGÚN LA MODALIDAD) Y REALIZAR EL RESPECTIVO CARGUE EN EL APLICATIVO Y/O EN LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                            | DOS DIAS ADMINISTRATIVOS                                                                                                                                                                                                               | ACTAS LISTADOS DE ASISTENCIA   |
| PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CONVOCADAS POR LA SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                              | NO APLICA                      |

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL  
1022336479  
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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                |        |                   |                    |                      |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                                  | 1014190123        | NELCY DABEIBA GONZALEZ PINCHAO |        | cll 75 n 110 a 14 | 9078101            | nedagopi@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                      |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                                |        |                   |                    | 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 |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1            0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR    |
| 2024-09              | 2024-09                           | I             | 12/10/2024               | 80170513        | \$610.000        |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 230.700                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 4         | 700                   | 0              | 231.400       | 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 |
| 230901          | Skandia Pensiones Obligatorias | 800253055-2 | 295.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 4         | 900                   | 0              | 296.200       | 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 | 45.000                 |                  |       |                        | 45.000                | 4         | 200                   | 45.200              |                            |                     | 450               | 45.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 37.000       | 4         | 200               | 37.200        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 4         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 4         | 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                              | 230.700                             | 231.400       |
| Pensión                | 1                              | 295.300                             | 296.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 45.000                              | 45.200        |
| CCF                    | 1                              | 37.000                              | 37.200        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 608.000                             | 610.000       |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                |        |                   |                    |                      |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                                  | 1014190123        | NELCY DABEIBA GONZALEZ PINCHAO |        | cll 75 n 110 a 14 | 9078101            | nedagopi@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                      |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                                |        |                   |                    | 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       |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1                    0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR          |
| 2024-09              | 2024-09                           | I             | 12/10/2024               | 80170513        | \$610.000              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                |          |        |              |                            |    |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |    |    |     |     | PENSIÓN |     |    |            |           |         | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |           | CCF     |                       |           | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|----------|--------|--------------|----------------------------|----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|---------|-----|----|------------|-----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|-----------------------|-----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres            | Costante | Sueldo | Extemporaneo | Columna valor Extemporaneo | NO | RET | TDE                   | TAE | TDP | TTP | VSP | VST | SA | SA | UMA | UMC | APC     | VCT | RE | CORRECCION | 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   | 1014190123            | GONZALEZ PINCHAO NELCY DABEIBA | 59       | 0      |              | N                          |    |     |                       |     |     |     |     |     |    |    |     |     |         |     |    | 230901     | 1.845.234 | 295.300 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS017                          | 1.845.234 | 230.700 | 14-11                 | 1.845.234 | 3            | 45.000          | CCF24      | 1.845.234  | 37.000  | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           |            |

PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NELCY DABEIBA GONZALEZ PINCHAO**

**C.C 1014190123 DE BOGOTA**

La suma de \$2.306.544 DOS MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE, por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 – TRABAJO SOCIAL en el Componente GPAISP, durante el periodo de 1 al 15 de octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1941-2024

NELCY DABEIBA GONZALEZ PINCHAO  
CC 1014190123 de BOGOTA  
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA  
NUMERO 0550488438522259

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes OCTUBRE y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

---

**CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Componente GPAISP**