

---

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

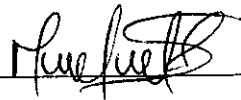
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARBEL YUSDALY ACOSTA CORTES

C.C1022389444 DE Bogotá

La suma de \$ 1956348 ( **Un Millón Novecientos Cincuenta y Seis Mil Trescientos Cuarenta Y Ocho Pesos m/cte.**), por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Imagenologia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. Como **TECNOLOGO EN RX** durante el periodo de **01 de Junio al 30 de Junio** de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 16-2020**



MARBEL YUSDALY ACOSTA CORTES  
C.C. 1022389444 DE Bogotá  
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA  
NUMERO 550 4884 1220 2621  
Cel: 310 323 29 75



Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN  
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE  
PAGO POR TESORERIA

Versión 3  
Fecha de aprobación 15/02/2018  
Código: 04-02-FO-0002

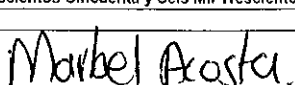
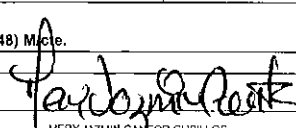


| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |    |                              |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|----|------------------------------|------------|-----------------|---------------|------------------------------|-----|-----------------|------------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |    | ACOSTA CORTES MARBEL YUSDALY |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          |    | C.C                          | X          | C.E             |               | NO.                          |     | 1.022.389.444   |            |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |    | marbelacosta2@gmail.com      |            |                 |               | CELULAR:                     |     | 310 323 29 75   |            |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |    |                              |            |                 |               | UNIDAD DE KENNEDY            |     |                 |            |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |    | IMÁGENES DIAGNOSTICAS        |            |                 |               | SEDE:                        |     | KENNEDY         |            |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                    |                   | Centro de costo          | %  | Centro de costo              | 0          | Centro de costo | %             | Centro de costo              | %   | Centro de costo | %          | Centro de costo | % |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |                   | KE10L02                  | 50 | KE10L06                      | 50         |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                  |                   | DAVIVIENDA               |    |                              |            | TIPO DE CUENTA: |               | AHORROS                      |     |                 |            |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |    | 550488412202621              |            |                 |               |                              |     |                 |            | NO              |   |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                             |                   |                          |    |                              |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |    | 16-2020                      |            |                 |               | No. DE PAGOS DEL CONTRATO    |     | 5 de 7          |            |                 |   |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                        |                   | 803                      |    | FECHA                        | 26/05/2020 |                 | NÚMERO DE CRP | 26605                        |     | FECHA           | 30/05/2020 |                 |   |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |    | TECNICO EN RX                |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |    | DESDE                        | DIA        | MES             | AÑO           | HASTA                        | DIA | MES             | AÑO        |                 |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |    |                              | 1          | Junio           | 2020          |                              | 30  | Junio           | 2020       |                 |   |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |    | \$1.956.348                  |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                    |                   | ASISTENCIAL              |    | RESERVA DE GLOSA 2%          |            |                 |               | \$0                          |     |                 |            |                 |   |
| OBSERVACIONES: Manejo de pacientes Codigo PIN (Covid-19), 186 Horas, valor Hora \$10.518                                                                                                                                                             |                   |                          |    |                              |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |    |                              |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |    |                              |            |                 |               | VALORES                      |     |                 |            |                 |   |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |    |                              |            |                 |               | \$12.781.474                 |     |                 |            |                 |   |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |    |                              |            |                 |               | \$10.825.126                 |     |                 |            |                 |   |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |    |                              |            |                 |               | \$1.956.348                  |     |                 |            |                 |   |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |    |                              |            |                 |               | \$0                          |     |                 |            |                 |   |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          |    |                              |            |                 |               | \$1.956.348                  |     |                 |            |                 |   |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |    |                              |            |                 |               | 85%                          |     |                 |            |                 |   |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                              |                   |                          |    |                              |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
| Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 2.194.508, 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%           |            | NIVEL ARL       | APORTE ARL    | TOTAL APORTES                |     |                 |            |                 |   |
| 42937580                                                                                                                                                                                                                                             | \$877.803         | \$109.725                |    | \$26.400                     |            | 0               | FALSO         | \$136.125                    |     |                 |            |                 |   |
| Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Junio del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br>Cordialmente,                                                                                                        |                   |                          |    |                              |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |    |                              |            |                 |               |                              |     |                 |            |                 |   |
| MERY JAZMIN CANTOR CUBILLOS<br>TECNOLOGA - REFERENTE TECNICO                                                                                                                                                                                         |                   |                          |    |                              |            |                 |               | ACOSTA CORTES MARBEL YUSDALY |     |                 |            |                 |   |

**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión: 2  
Fecha de aprobación: 03/04/2018  
Código: 04.02.FD.0003



|                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |     |        |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|------|
| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                                    |         | Imágenes Diagnósticas        |                                                                                                                                                                                                                                 | Sede: Unidad de Kennedy                                                                                                                                |               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |     |        |      |
| No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                           | 16-2020 | Periodo certificado desde el |                                                                                                                                                                                                                                 | Día                                                                                                                                                    | Mes           | Año  | a                                                                                                                                                                                                                                | Día | Mes    | Año  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                 | 1                                                                                                                                                      | Junio         | 2020 |                                                                                                                                                                                                                                  | 30  | Junio  | 2020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                    |         | ACOSTA CORTES MARBEL YUSDALY |                                                                                                                                                                                                                                 | C. C.                                                                                                                                                  | 1.022.389.444 |      |                                                                                                                                                                                                                                  | DE  | Bogotá |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como TECNICO EN RX de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente               |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |     |        |      |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI <u>X</u> NO ____                                                                                                                                                                  |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |     |        |      |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                 |         | PROGRAMADO                   | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |               |      | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                                             |     |        |      |
| 1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.                                                                                                  |         | 100%                         | Tomar estudios radiológicos brindando una atención personalizada, según normas de humanización.                                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |               |      | Al llamar al paciente para la toma de los estudios radiológicos, brindarle una atención adecuada, oportuna, eficiente, eficaz, amable y de máxima calidad al paciente, evitando la insatisfacción, para el mes de Junio de 2020. |     |        |      |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             |         | 100%                         | Guardar confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente.                                                                                                                                           |                                                                                                                                                        |               |      | Cumplir con todos los requerimientos éticos con respecto a: intimidad en el alistamiento para la toma del estudio, cumpliendo con toda la ética establecida, para el mes de Junio de 2020.                                       |     |        |      |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación |         | 100%                         | Tomar los estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución, aplicando la correcta desinfección de los equipos y accesorios utilizados. |                                                                                                                                                        |               |      | Registrar los datos de los pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada y diligenciando el formato de limpieza y desinfección de los equipos utilizados, para el mes de Junio de 2020.                          |     |        |      |
| 4) Participar en la programación de actividades del área.                                                                                                                                                                                                                  |         | 100%                         | Asistencia a las capacitaciones programadas en la USSK                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |               |      | Firmar el formato de asistencia de capacitación para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                                                    |     |        |      |
| 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             |         | 100%                         | Reporte Suceso de seguridad                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |      | Notificación Oportuna para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                                                                              |     |        |      |
| 6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                    |         | 100%                         | Notificación al sistema de Información Almera (Mesa de Ayuda) cada vez que sea requerido                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |               |      | Notificación Oportuna en el momento encontrar las fallas o problemas que surja en la realización de la tarea asignada para el mes de Junio de 2020.                                                                              |     |        |      |
| 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.                                                                                                                                                                               |         | 100%                         | Impartir la información al personal involucrado de como se realizará el estudio según la orden médica.                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |               |      | Toma del estudio según la exigencia, para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                                                               |     |        |      |
| 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.                                                                                                                                  |         | 100%                         | Tomar los estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución.                                                                            |                                                                                                                                                        |               |      | Registrar los datos de los pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes de Junio de 2020.                                                                                                           |     |        |      |
| 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                                                                        |         | 100%                         | Aplicando los 4 correctos al momento de la verificación del consentimiento informado y constatando que este firmado por el paciente y por el médico tratante.                                                                   |                                                                                                                                                        |               |      | Formato de consentimiento informado diligenciados para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                                                  |     |        |      |
| 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                |         | 100%                         | Verificación de la previa preparación en los pacientes para la toma de estudios.                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        |               |      | verificación al final del estudio del paciente que no haya presentado ninguna reacción adversa para el mes de Junio de 2020.                                                                                                     |     |        |      |
| 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                       |         | 100%                         | Explicación de que y como se realizará el estudio que le ha sido ordenado.                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                        |               |      | Que el paciente se halla enterado previamente del estudio que se va a realizar para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                     |     |        |      |
| 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.                                                                                                                                                                                                                          |         | 100%                         | NA                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                        |               |      | Nuestra misión es la obtención de las imágenes diagnósticas.                                                                                                                                                                     |     |        |      |
| 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                              |         | 100%                         | Tomar el estudio radiológico como lo indica la técnica.                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                        |               |      | tomar un estudio de calidad que contribuya con el diagnóstico para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                                      |     |        |      |
| 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlos al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.                                                                                                  |         | 100%                         | Registrar en el sistema de información los pacientes atendidos con la auto verificación del estudio a tomado.                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |               |      | Registro en el aplicativo de la toma de estudio para los pacientes de Junio de 2020.                                                                                                                                             |     |        |      |
| 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                        |         | 100%                         | Diligenciar el formato de entrega de turno con las novedades que se puedan presentar en cada jornada de actividades.                                                                                                            |                                                                                                                                                        |               |      | Formato de entrega de turno para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                                                                        |     |        |      |
| 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                  |         | 100%                         | Asistencia a las capacitaciones programadas en la USSK                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |               |      | Formato de asistencia de capacitación para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                                                              |     |        |      |
| 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                          |         | 100%                         | Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                        |               |      | Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                           |     |        |      |
| 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                   |         | 100%                         | Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                        |               |      | Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                           |     |        |      |
| 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                                                               |         | 100%                         | Tomar los estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución.                                                                            |                                                                                                                                                        |               |      | Registrar los datos de los pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes de Junio de 2020.                                                                                                           |     |        |      |
| 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.                                                                                                  |         | 100%                         | Asistencia a las capacitaciones programadas en la USSK                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |               |      | Formato de asistencia de capacitación para el mes de Junio de 2020.                                                                                                                                                              |     |        |      |
| 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado                                                                                                                                                                                                       |         | 100%                         | NA                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                        |               |      | NA                                                                                                                                                                                                                               |     |        |      |
| 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                                                 |         | 100%                         | Entregar el pago de aportes                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |      | Entrega actividades al finalizar del mes de Junio de 2020.                                                                                                                                                                       |     |        |      |
| OBSERVACIONES: Manejo de pacientes Código PIN (Covid-19), 186 Horas, valor Hora \$10.518                                                                                                                                                                                   |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |     |        |      |
| Valor Mes: Un Millón Novecientos Cincuenta y Seis Mil Trescientos Cuarenta y un Ocho Pesos (\$ 1.956.348) Mcte.                                                                                                                                                            |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |     |        |      |
| <br>ACOSTA CORTES MARBEL YUSDALY                                                                                                                                                        |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                 | supervisor: <br>MERY JAZMIN CATOR CUBILLOS<br>Referente de Técnico |               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |     |        |      |

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

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |               |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                    |               |                           |                 | UPC           |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1             |
|                      |                                    |               |                           |                 | 0             |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2020-06              | 2020-05                            | 1             | 26/05/2020                | 42937580        | \$163.800     |

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |                     |                  |               |                          |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|---------------------|------------------|---------------|--------------------------|
| Código EPS    | Número        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    | Licencia Maternidad | Días Mora        | No. Afiliados |                          |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor               | No. Autorización | Valor         |                          |
| EPS008        | Compensar EPS | 890066942-7 | 109.900                | 0             | 0                | 0                   | 0                | 0             | Total a Pagar<br>109.800 |

[illegible][illegible]

| TOTALES CAJAS |               |            |              |           |                   |               |               |
|---------------|---------------|------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre        | NIT        | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compasar Caja | 8600689427 | 17.600       | 0         | 0                 | 17.600        | 1             |

[illegible]

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IGP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 109,800                             | 109,800       |
| Pension                | 1                              | 26,400                              | 26,400        |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 1                              | 17,600                              | 17,600        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SEMA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 153,800                             | 153,800       |

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAG 2 de 2

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    | DIRECCIÓN           |
| CC                  | 1022369444        | MARBEL YUSDALY ACOSTA CORTÉS        | CL 68 BIS SUR 85 22 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO              |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                     |                     |
| TELÉFONO            |                   | CORREO                              |                     |
| 3103232975          |                   | MARBELACOSTA2@GMAIL.CO              |                     |
| CUIDAD / MUNICIPIO  |                   | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                     |
| BOGOTÁ, D.C.        |                   | NO                                  |                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA |
|                      |                                    |               |                           |                 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  | TOTAL A PAGAR |                           |                 |
| 2020-05              | 2020-05                            | 5153.600      |                           |                 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                     | INFORMACIÓN NOVEDADES |            |         |            |         |            |         |            |         |            | PENSION |                                |                             | SALUD    |         | RIESGOS LABORALES     |          |         | CCF             |                |         | PARAFISCALES |                        |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------|-----------------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|--------------------------------|-----------------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|-----------------|----------------|---------|--------------|------------------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Colombiano            | Extranjero | Subtipo | Colombiano | Subtipo | Colombiano | Subtipo | Colombiano | Subtipo | Colombiano | Subtipo | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsidio | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización/ Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de riesgo | Cotización CCF | IBC CCF | Aporte CCF   | IBC otros parafiscales | Aporte ICIF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |
|                       |      |                       |                     |                       |            |         |            |         |            |         |            |         |            |         |                                |                             |          |         |                       |          |         |                 |                |         |              |                        |             |             |            |