

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |                     |               |                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA | Versión             | 1             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | Fecha de aprobación | 09/11/2016    |                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | Código              | 15-02-FO-0002 |                                                                                                                                                                                  |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |                 |     |                                |   |                 |                           |                 |               |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|-----------------|-----|--------------------------------|---|-----------------|---------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                 |     | Efrén Camilo Ballén Moreno     |   |                 |                           |                 |               |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 |     | C.C                            | X | C.E             | NO.                       |                 | 1.010.162.835 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 |     | camiloballen_mv@outlook.com    |   |                 | CELULAR:                  |                 | 3213477864    |                 |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |     |                                |   |                 | FONTIBON ZONA FRANCA FO09 |                 |               |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 |     | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL |   |                 | SEDE:                     |                 | FONTIBON      |                 |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %   | Centro de costo                | % | Centro de costo | %                         | Centro de costo | %             | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             | FO09K31         | 100 |                                |   |                 |                           |                 |               |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |                 |     | DAVIVIENDA                     |   |                 | TIPO DE CUENTA:           |                 |               | AHORROS         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 |     |                                |   |                 | 008480360299              |                 |               | PENSIONADO No   |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |     |                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                          |       |       |            |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-------|-------|------------|------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |     | 436 - 2020                                                                                                                                                                                                                                                     |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | 7     |            | DE 7 |  |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 823 | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                          | 30/05/2020 | NÚMERO DE CRP            | 27052 | FECHA | 03/06/2020 |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |     | Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. |            |                          |       |       |            |      |  |

|                             |  |       |     |                     |             |       |     |     |      |
|-----------------------------|--|-------|-----|---------------------|-------------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO:        |  | DESDE | DIA | MES                 | AÑO         | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                             |  |       | 1   | 8                   | 2020        |       | 31  | 8   | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |  |       |     |                     | \$3.570.149 |       |     |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS           |  | PIC   |     | RESERVA DE GLOSA 2% |             | \$0   |     |     |      |

OBSERVACIONES: Ninguna.

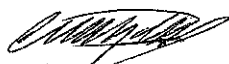
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| CONCEPTO                                | VALORES      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$23.698.496 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$23.698.496 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$3.570.149  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 100%         |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.507, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 44427001           | \$1.428.060       | \$178.507                | \$228.489          | 3         | \$34.787   | \$441.783     |

Dado en Bogotá al mes de Agosto de dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR | <br><b>EFREN CAMILO BALLÉN MORENO</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

100

|                                                                                                                                                                         |                                                                    |  |                                                                                                                   |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |  | Versión                                                                                                           | 2             |
|                                                                                                                                                                         |                                                                    |  | Fecha de aprobación                                                                                               | 03/04/2017    |
|                                                                                                                                                                         |                                                                    |  | Código:                                                                                                           | 04-02-FO-0003 |
|                                                                                                                                                                         |                                                                    |  |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |               |

|                         |                                |                              |       |                           |      |   |     |            |      |
|-------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------|---------------------------|------|---|-----|------------|------|
| Ubicación del Servicio: | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL |                              | Sede: | FONTIBON ZONA FRANCA FO09 |      |   |     |            |      |
| No. DE CONTRATO:        | 436-2020                       | Periodo certificado desde el | Día   | Mes                       | Año  | a | Día | Mes        | Año  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | EFREN CAMILO BALLEEN MORENO    |                              | 1     | 8                         | 2020 |   | 31  | 8          | 2020 |
|                         |                                |                              | C. C. | 1.010.162.835             |      |   | DE  | BOGOTÁ D.C |      |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencia en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO    Servicios: SI    NO   

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar, liderar o apoyar acciones y/o procesos de inspección, vigilancia sanitaria y/o epidemiológica, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaría Distrital de Salud. | X          | Realizar acciones enfocadas a apoyar emergencias sanitarias causadas por pandemias Coronavirus Covid 19. Se realizan 4 seguimiento virtual animal agresor, 15 visitas de IVC en pet shop en la localidad de Kennedy, 10 visitas de IVC en pet Shop de fontibon, 8 visitas de IVC en veterinarias en fontibon. 6 operativos verificación sanitaria en la subred. | Se hace entrega de 4 actas de seguimiento virtual a animal agresor, se entregan 15 actas de visitas de ivc en pet shops correspondiente a la localidad de Kennedy, 10 de ivc a pet shop en fontibon y 8 actas de ivc en veterinarias de fontibon. 6 operativos de verificación sanitaria en la subred |
| Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Así como los respectivos cronogramas, visitas o acciones a realizar y realizadas.                                                                                                                                                                     | SI         | Realizar acciones enfocadas a apoyar emergencias sanitarias causadas por pandemias Coronavirus Covid 19. Se realizan 4 seguimiento virtual animal agresor, 15 visitas de IVC en pet shop en la localidad de Kennedy, 10 visitas de IVC en pet Shop de fontibon, 8 visitas de IVC en veterinarias en fontibon. 6 operativos verificación sanitaria en la subred. | Se hace entrega de 4 actas de seguimiento virtual a animal agresor, se entregan 15 actas de visitas de ivc en pet shops correspondiente a la localidad de Kennedy, 10 de ivc a pet shop en fontibon y 8 actas de ivc en veterinarias de fontibon. 6 operativos de verificación sanitaria en la subred |
| Garantizar la entrega oportuna de los productos teniendo en cuenta los ciclos de digitación del componente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI         | Entrega de productos por medio soporte físico de Agosto 2020.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | entrega en medio físico                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | si         | Entrega de productos por medio soporte físico de agosto 2020.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | entrega en medio físico                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| supervisar técnicamente las actividades de control vectorial, vacunación y demás acciones relacionadas a la línea de eventos transmisibles de origen zoonótico                                                                                                                                                                                                                                                                             | no         | no aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | no aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | no         | no aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | no aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o planes de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas                                                                                                                                                                                                                                                                        | no         | no aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | no aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI         | Se asiste a las diferentes reuniones programadas por la Lider de ETOZ y referente de Vigilancia sanitaria                                                                                                                                                                                                                                                       | Se deja constancia de asistencia por medio de acta de reunion                                                                                                                                                                                                                                         |
| Inducción Vigilancia intensificada para la promoción, verificación y reconocimiento de buenas practicas sanitarias en establecimientos Medicos Veterinarios.                                                                                                                                                                                                                                                                               | NO         | No se programa para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI         | Uso de elementos de protección personal, Carnet de identificación institucional y uso de chaqueta institucional, entrega en buen estado de las actas de agresión animal                                                                                                                                                                                         | Se empleo de manera apropiada los elementos de protección personal, Carnet de identificación y uso de chaqueta durante la realización de visitas de agresión animal y demás actividades, entrega de actas en buen estado                                                                              |
| Realizar, liderar o apoyar acciones y/o procesos de inspección, vigilancia sanitaria y/o epidemiológica, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaría Distrital de Salud. | SI         | Asistencia a centro de zoonosis, observación de animal agresor y vacunación de caninos y felinos, los días 1, 2, 22 y 23 de agosto                                                                                                                                                                                                                              | Se entregan soportes y actas a la lider de Etoz                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Brindar asesoría técnica a la comunidad en normatividad Sanitaria y Ambiental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO         | No se programa para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO         | No se programa para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas.                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO         | No se programa para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

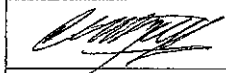
  
 Jhonatan Sosa  
 Jhonatan Sosa

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mantener la confidencialidad de la información, reservas de los sistemas de información, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnológicos, registro de soporte logístico (Software), definición de la tutoría de los documentos científicos y de más información que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de Vigilancia Sanitaria y Ambiental y de vigilancia en salud pública. | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada.                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad                                                                                                                                                                          | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI | Se cumplieron las normas y procedimientos establecidos por los reglamentos de la institución                                                                                                 | Se cumplieron las normas y procedimientos establecidos por los reglamentos de la institución                            |
| Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera                                                                                                                                                                                                                                    | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables.                                                                                                                                                                                                           | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.                                                                                                                                                                                                                                            | SI | Se entregan actas de agresión animal donde se garantiza la veracidad de la información registradas en ellas, se entregan actas a tider espacio educación, y listado de asistencia en archivo | Se hace entrega oportuna de las actas de agresión animal, actas a espacio educación, y listado de asistencia en archivo |
| Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | Se garantiza jornada laboral de manera autonomia                                                                                                                                             | Se entrega la meta conforme a lo asignado por el lider de vigilancia sanitaria                                          |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas por el lider operativo. Enviar y responder de manera oportuna los informes, solicitudes y quejas derivados de la ejecución del presente contrato o de actividades delegadas por el lider operativo de la línea de intervención según sea requerido.                                                                                          | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Atender oportunamente a la solicitud de ajuste de inconsistencias detectadas de los productos derivados de la ejecución de las actividades de IVC y sus correspondientes bases de datos.                                                                                                                                                                                                                                                 | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |
| Asistir, participar activamente de las acciones del PSPIC en concordancia a la labor misional y/o institucional de requerirse, adicionalmente prestar apoyo, y participar en la atención de eventos de interés en salud publica según se requiera.                                                                                                                                                                                       | NO | No se programo para este mes                                                                                                                                                                 | No aplica                                                                                                               |

OBSERVACIONES: Ninguna

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3,570,149 (TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS. Mcte.)

FIRMA DEL CONTRATISTA



FIRMA DE RECIBIDO DE SUPERVISOR



NOMBRE DEL CONTRATISTA, CEXLA DEL CONTRATISTA:

EFREN CAMILO BALLEEN

FECHA: 06/07/2022

MOORENO C.C. 1.010.102.055

Señal Sevea P  
Lider de Vigilancia

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                             |                 |              |                             |                                           |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|--------------|-----------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE            | DIRECCIÓN       | TÉLEFONO     | CORREO                      |                                           |
| CC                    | 1010123835         | EFREN CAMILO BALLEEN MORENO | Kr 101 n. 70-40 | 3213477864   | camiloballen_mv@outlook.com | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCCURSAL         | CÓDIGO          | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO          |                                           |
| ÚNICA                 | I -- Independiente |                             |                 | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C.                | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |               |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESPAGO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESPAGO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPL-EADOS    |
|                      |                                  |               |                         |                 | 1             |
|                      |                                  |               |                         |                 | 0             |
|                      |                                  |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2020-07              | 2020-07                          | I             | 03/08/2020              | 44427001        | \$341.900     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |               |             |                        |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.600                |

| Código EPS | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    | Licencia Maternidad | Días Mora        | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|---------------------|------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor               | No. Autorización | Valor             |               |               |
| EPS008     | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.600                | 0             | 0                | 0                   | 0                | 0                 | 178.600       | 1             |

**TOTALES PENSION**

| Código AFP | Nombre   | NIT         | Colatación Obligatoria |
|------------|----------|-------------|------------------------|
| 230301     | Parvetti | 800224609-8 | 228,500                |

[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria |
|------------|----------|-------------|------------------------|
| 14-11      | ARL SURA | 890603790-5 | 34.800                 |

| Código ARL | Nombre   | NIT         | Cotización       |       | Aportes Otros | Valor Neto | Días | Valor Mora | Subtotal | No. Radicado | Valor Saldo a Favor | Fondo | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------|-------|---------------|------------|------|------------|----------|--------------|---------------------|-------|---------------|---------------|
|            |          |             | No. Autorización | Valor |               |            |      |            |          |              |                     |       |               |               |
| 14-11      | ARL SURA | 890953790-5 | 34.600           |       |               | 34.600     | 0    | 0          | 34.600   |              |                     | 943   | 34.600        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| Código CDF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|            |        |     |              |           |                   |               |               |

**TOTALES PARAFISCALES**

| DETALLE DE PAGOS DE PREVIDENCIA |           |                   |               |               |
|---------------------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte                    | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                            |           |                   |               |               |
| 0                               | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                            |           |                   |               |               |
| 0                               | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                            |           |                   |               |               |
| MEN                             |           |                   |               |               |

**TOTAL ES POR EL SISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTENCIA |                                |                                     |                |
|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora      | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                    | 1                              | 178.800                             | 178.800        |
| Pensión                  | 1                              | 228.500                             | 228.500        |
| Riesgos Laborales        | 1                              | 34.800                              | 34.800         |
| CCF                      | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                     | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                     | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                      | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                     | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>           | <b>3</b>                       | <b>441.900</b>                      | <b>441.900</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |                              |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    | DIRECCIÓN                    |
| CC                  | 1010162835        | EFREN CAMILO BALLEEN MORENO         | kr 101 n 70 40               |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO                       |
| ÚNICA               | 1 - Independiente |                                     |                              |
|                     |                   | DEPARTAMENTO                        | CIUDAD / MUNICIPIO           |
|                     |                   | BOGOTÁ D.C.                         | BOGOTÁ D.C.                  |
|                     |                   | TELEFONO                            | CORREO                       |
|                     |                   | 3213477864                          | camiloballen_jrv@outlook.com |
|                     |                   | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                              |
|                     |                   | NO                                  |                              |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                          |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (PLANIMESARIO) | TIPO PLANILLA   | FECHA PAGO (DIAMENSIANO) |
|                      |                                    |                 |                          |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PREVISIONES                |                 |                          |
| 2020-07              | 2020-07                            |                 |                          |
|                      |                                    | NÚMERO PLANILLA |                          |
|                      |                                    | 44427001        |                          |
|                      |                                    | TOTAL A PAGAR   |                          |
|                      |                                    | \$441.900       |                          |

## ETALLE POR COTIZANTE

| Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres         | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           | PENSIÓN   |           |           | SALUD     |           | RIESGOS LABORALES |           |           |           | CGF       |           |           |           | PARAFISCALES |           |           |           |           |
|------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|      |                       |                             | Comunicación          | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado         | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado    | Exonerado | Exonerado | Exonerado | Exonerado |
| CC   | 1010162835            | BALLEEN MORENO EFREN CAMILO | 59                    | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0                 | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0            | 0         | 0         | 0         | 0         |

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**EFREN CAMILO BALLEEN MORENO**

**C.C 1.010.162.835 DE BOGOTÁ**

La suma de \$ 3.570.149, por concepto de: MÉDICO VETERINARIO durante el periodo de 01 al 31 de AGOSTO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 436-2020.



**EFREN CAMILO BALLEEN MORENO**

**C.C 1.010.162.835 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NÚMERO 008480360299**