

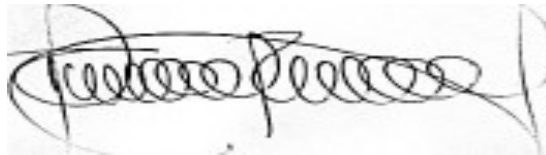
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4**


DEBE A:

**DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR
C.C. No. 1.033.705.462. DE BOGOTÁ (CUN)**

La suma de **SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE. (\$6.577.155)** por concepto de prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en la dirección jurídica, 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 durante el periodo del 1° de Junio al 30 de junio de 2026, conforme con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2425-2026



**DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR
C.C. No. 1.033.705.462 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA NUMERO: 074094434**

| | | | | | | |
|--|-------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------------|---|
|  | | | | | Versión 3 |  |
| CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | | | | | Fecha de aprobación 2/15/2018 | |
| | | | | | Código: 04-02-FO-0002 | |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | C.C. | X | C.E. | No. | 1033705462 |
| CORREO ELECTRONICO: | | DIASALE1011@HOTMAIL.COM | | | CELULAR: | 3143460752 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | |
| UBIACIÓN DEL SERVICIO: | | | | | SEDE: | SUBRED |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | |
| | SU37T05 | 100 | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 74094434 | | | PENSIONADO | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | |
| NÚMERO DE CONTRATO | | 2425 | | VIGENCIA | | 2026 |
| NÚMERO DE CDP | 1129 | FECHA | 2026-05-14 11:41:26.000 | NÚMERO DE CRP | 21557 | FECHA 2026-05-28 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO? III | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
| | | | | 2026-05-01 | | 2026-05-31 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$6,577,155 | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | | | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. | | | | | | |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | | | | | | |
| CONCEPTO | | | | | VALORES | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | | | | | \$26,308,620 | |
| VALOR EJECUTADO | | | | | \$26,308,620 | |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | | | | | \$6,577,155 | |
| 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 COTIZACION | APOORTE A SALUD 12.5% IBC | APOORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APOORTE ARL | TOTAL APORTES |
| 6017438761 | \$2,630,862 | \$328,858 | \$420,938 | 3 | \$64,088 | \$813,883 |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. | | | | | | |
| Julio Alfonso Peñuela Saldaña 79908016 Supervisor | | | | | | |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | | | | |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021 | | | | | | |



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---|--|--------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1033705462 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | DAGUA DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | DG 49 BIS A SUR N13 J 91 APTO TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 02 - SUBRED |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 6021514055 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN: | MES: mayo | PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2026 | SALUD: AÑO: 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 9 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/06/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 419943404 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | TOTALES | |
|------------------------------|--------|--------------------|--|------------|-------------------|
| | | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | | 1 | \$ 423.800 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 423.800 |
| SALUD | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | | 1 | \$ 331.100 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 331.100 |
| RIESGOS PROFESIONALES | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | | 1 | \$ 64.600 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 64.600 |

| | |
|------------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 814.000 |
| VALOR MORA: | \$ 5.500 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 819.500 |

