

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------|-----------------|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br><b>Sur Occidente E.S.E.</b>                                                                                                                                                                 |                   | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA                                                                                                                                                   |                        |                          |                 | Versión: 1<br>Fecha de aprobación: 9/11/2015<br>Código: 15-02-FO-0002 |                 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>ALFONSO BARRERA |                 |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   | Diana Marcela Cubillos Salgado                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   | C.C.                                                                                                                                                                                                                                                                    | X                      | C.E.                     | NO.             |                                                                       | 1.012.351.262   |                                                  |                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | diana_mar05@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                 | CELULAR:                                                              |                 | 3212728957                                       |                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   | FONTIBON                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   | FO09                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          |                 | SEDE:                                                                 |                 | Fontibon                                         |                 |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                                                                                                                                                                                                                                                       | Centro de costo        | %                        | Centro de costo | %                                                                     | Centro de costo | %                                                | Centro de costo |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32           | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DE BOGOTÁ                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 | TIPO DE CUENTA:                                                       |                 | Ahorros                                          |                 |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 032435216                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                          |                 | PENSIONADO                                                            |                 | NO                                               |                 |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                   | 6263-2020                                                                                                                                                                                                                                                               |                        | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO |                 | 3 de 3                                                                |                 |                                                  |                 |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1598                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        | FECHA                    |                 | 31/10/2020                                                            |                 | NÚMERO DE CRP                                    |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 | 50625                                                                 |                 | FECHA                                            |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 |                                                                       |                 | 8/11/2020                                        |                 |
| 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 ESE de acuerdo al requerimiento Institucional - Psicología |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| PERÍODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | DESDE:                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        | DÍA                      | MES             | AÑO                                                                   | HASTA:          |                                                  | DÍA             |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        | 1                        | 11              | 2020                                                                  |                 |                                                  | 30              |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        | \$3.570.149              |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        | RESERVA DE GLOSA 0%      |                 | \$0                                                                   |                 |                                                  |                 |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 | VALORES                                                               |                 |                                                  |                 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 | \$7.854.328                                                           |                 |                                                  |                 |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 | \$7.854.328                                                           |                 |                                                  |                 |
| 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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.506 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% IBC | NIVEL ARL                | APORTE ARL      | TOTAL APORTES                                                         |                 |                                                  |                 |
| 46672252                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1.428.059       | \$178.600                                                                                                                                                                                                                                                               | \$228.500              | 3                        | 34.800          | \$441.900                                                             |                 |                                                  |                 |
| Dado en Bogotá el mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 |                                                                       |                 |                                                  |                 |
| <br>CLAUDIA PATRICIA PRIETO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                 | <br>DIANA MARCELA CUBILLOS SALGADO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA  |                 |                                                  |                 |

168

|                                                                                                                                                                       |                                                                    |                     |               |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  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             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD |
|                                                                                                                                                                       |                                                                    | Fecha de aprobación | 3/4/2017      |                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                       |                                                                    | Código:             | 04-02-FO-0003 |                                                                                                                                                            |

|                         |                                |                              |                                    |     |                         |
|-------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----|-------------------------|
| Ubicación del Servicio: | FO09 VSP                       |                              | Sede: Unidad de Servicios Pontibon |     |                         |
| No. DE CONTRATO:        | 6263-2020                      | Periodo certificado desde el | Día                                | Mes | Año                     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Diana Marcela Cubillos Salgado | C. C.                        | 1                                  | 11  | 2.020                   |
|                         |                                |                              |                                    |     | 1.012.351.262 DE Bogotá |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PTC, 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 Psicóloga

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                | SI         | Entrega diaria de los soportes correspondientes a las IEC asignadas y diligenciamiento de aplicativos                                                                                                                                                                      | Diligenciamiento de link y aplicativo de casos covid, carpetas con soportes                                                                                 |
| Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo ( CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                | SI         | Se realiza las investigaciones Epidemiológicas de campo con los usuarios confirmados como COVID positivo                                                                                                                                                                   | Diligenciamiento de aplicativo infocontactos y diligenciamiento de link IEC efectivas o fallidas según corresponda                                          |
| Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO         | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica para el mes                                                                                                                                       |
| Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subistema asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO         | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica para el mes                                                                                                                                       |
| Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subistema asignado según programación y necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO         | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica para el mes                                                                                                                                       |
| Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).                                                                                                                                                                                                                                                 | SI         | Diligenciamiento de links y aplicativos, revisados en calidad a través de los archivos planos generados                                                                                                                                                                    | archivos planos generados en aplicativo infocontactos y link de IEC                                                                                         |
| Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subistema asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                               | NO         | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica para el mes                                                                                                                                       |
| Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad.                                                                                                                                                                    | SI         | Se realiza entrega de productos solicitados durante los tiempos establecidos con calidad, que se convierten en la base de los informes mensuales de ejecución                                                                                                              | Diligenciamiento de aplicativo infocontactos y diligenciamiento de link IEC efectivas o fallidas según corresponda                                          |
| Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales Locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida.                                                                                                           | SI         | Asistencia virtual y presencial a las reuniones de capacitación generadas por el líder del equipo. Los días ...                                                                                                                                                            | Listados de asistencia                                                                                                                                      |
| Participar en pre auditoría y auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.                                                                                                                                                                                                                                     | SI         | Entrega de los soportes en los tiempos establecidos, para las acciones de preauditoría                                                                                                                                                                                     | Entrega de soportes semanales                                                                                                                               |
| El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI         | Se cuentan con los medios para teletrabajo con el fin de tener la información por medio de la base de datos enviada por vía magnética para seguimiento diario de pacientes índice confirmado para covid 19 y su núcleo familiar, a fin de dar respuesta oportuna a las IEC | Diligenciamiento de link y aplicativo de casos covid, carpetas con soportes                                                                                 |
| Realizar la Búsqueda Activa Institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI         | Se asiste oportunamente a las reuniones virtuales programadas por los líderes de equipo y se entrega oportunamente los soportes solicitados                                                                                                                                | Listados de asistencia                                                                                                                                      |
| Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la institución.                                                                                                                                                                                                                                                               | SI         | Se ejecutan los productos bajo criterios de autocontrol, salvaguardado los equipos asignados para la ejecución de las tareas, posterior a la lectura de lineamientos                                                                                                       | Lineamientos recibidos                                                                                                                                      |
| Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO         | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica para el mes                                                                                                                                       |
| Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO         | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica para el mes                                                                                                                                       |
| Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI         | Se realiza recopilación de los casos consignados durante el mes para la entrega al líder del equipo                                                                                                                                                                        | Backup de carpetas del mes correspondiente a 110 investigaciones                                                                                            |
| Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes                                                                                                                                         | NO         | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica para el mes                                                                                                                                       |
| Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID-19 en el distrito capital en el marco del contrato P5PIC disponiendo de recurso telefónico, tecnológico, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guía y lineamientos emanados a nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos. | SI         | Realizar investigación epidemiológica con el seguimiento de casos y contactos de alerta por coronavirus de acuerdo a los protocolos                                                                                                                                        | base del aplicativo de primer seguimiento de acuerdo al formato establecido y al evento, informes diarios, semanales y mensuales de acuerdo a la necesidad. |

**OBSERVACIONES**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):** \$3570149 tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos

|                                                                                                                                                    |                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>1042351262<br>Diana Marcela Cubillos Salgado CC 10123541262 | <br>supervisor: |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                    |                   | DATOS DEL APORTANTE            |                          |              |                         |  |                                     |
|--------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------|-------------------------|--|-------------------------------------|
| TIPO               | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               | DIRECCIÓN                | TÉLEFONO     | CORREO                  |  |                                     |
| CC                 | 1012351282        | DIANA MARCELA CUBILLOS SALGADO | calle 65a sur # 77g - 33 | 22222222     | diana_mur05@hotmail.com |  | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCESAL                 | CÓDIGO                   | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO      |  |                                     |
| UNICA              | I - Independiente |                                |                          | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.            |  | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    | CANTIDAD  |     |
|----------------------|------------------------------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | EMPLGADOS | UPC |
|                      |                                    | 1         | 0   |
| TOTAL A PAGAR        |                                    | \$467,500 |     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |             |             |
|---------------|-------------|-------------|
| Código EPS    | Nombre      | NT          |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 |
|               |             | 178.600     |

| UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Coatización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|---------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                           |                   |               |               |
| 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                         | 0                 | 178.600       | 1             |

| TOTALES PENSION |          |             |
|-----------------|----------|-------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         |
| 230301          | Porvenir | 800224908-8 |
|                 |          | 228.500     |

| Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora Cotización | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0                    | 0                     |                | 228 500       | 1             |

| TOTALES RESGOS LABORALES. |           |             |                        |
|---------------------------|-----------|-------------|------------------------|
| Código ARL                | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria |
| 14-11                     | -ARL SURA | 860903790-5 | 34.800                 |

| Incapacidades    |       | Aportes Otros |  | Valor Neto | Días | Valor Mora | Subtotal | No. Radicado | Fondo       |      | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------------|-------|---------------|--|------------|------|------------|----------|--------------|-------------|------|---------------|---------------|
| No. Autorización | Valor | Sistemas      |  |            |      |            |          |              | Colectación | Mora |               |               |
|                  |       |               |  | 34.800     | 0    | 0          | 34.800   |              |             | 348  | 34.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        | NIT | Valor Aporte |
|---------------|--------|-----|--------------|
| Codigo CCF    | Nombre |     |              |
|               |        |     |              |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |   | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |   |               |
| SENA                 |           |                   |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0 | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0 | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |   |               |
|                      |           |                   |               |   |               |
| MEN                  |           |                   |               |   |               |
|                      |           |                   |               |   |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IPP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.500                             | 178.500       |
| Pensión                | 1                              | 228.500                             | 228.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.800                              | 34.800        |
| COF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 441.900                             | 441.900       |

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |                          | DATOS DE LA PLANILLA |                          |                                       |                                  |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               | DIRECCIÓN                | TÉLEFONO             | CORREO                   | PLANILLA ASOCIADA                     | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) |
| CC                  | 1012351262        | DIANA MARCELA CUBILLOS SALGADO | calle 65a sur # 77g - 33 | 22222222             | diana_marcos@hotmail.com |                                       |                                  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CODIGO                   | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO       | PERIODO SALUD                         | PERIODO PENSIONES                |
| UNICA               | I - Independiente |                                |                          | BOGOTÁ D.C.          | BOGOTÁ D.C.              | 2020-10                               | 2020-10                          |
|                     |                   |                                |                          |                      |                          | EXONERADO PAGO PARA FISCIALES Y SALUD |                                  |
|                     |                   |                                |                          |                      |                          | NO                                    |                                  |

| TALLE POR COTIZANTE   |                       |                                |           |                       |           |           |           |           |           |           |           |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                       |                                |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |           |           | PENSION   |           |           |           |
| Tipo                  | No. de identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Cotizante             | Cotizante | Cotizante | Cotizante | Cotizante | Cotizante | Cotizante | Cotizante |
|                       |                       |                                |           |                       |           |           |           |           |           |           |           |
| CC                    | 1012351262            | CUBILLOS SALGADO DIANA MARCELA | 57        | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         |

| TALLE POR COTIZANTE   |                       |                                |           |                       |           |           |           |           |           |           |           |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                       |                                |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |           |           | PENSION   |           |           |           |
| Tipo                  | No. de identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Cotizante             | Cotizante | Cotizante | Cotizante | Cotizante | Cotizante | Cotizante | Cotizante |
|                       |                       |                                |           |                       |           |           |           |           |           |           |           |
| CC                    | 1012351262            | CUBILLOS SALGADO DIANA MARCELA | 57        | 0                     | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         |

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 11/2020

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

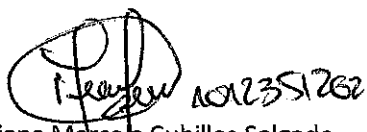
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Diana Marcela Cubillos Salgado

CC 1012351262 DE BOGOTÁ

La suma de \$ 3.570.149 TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE, por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2, PSICOLOGIA durante el periodo de 01 al 30 de NOVIEMBRE de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 6263-2020



Diana Marcela Cubillos Salgado

CC 1012351262 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO 032435216