

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |  |                     |               |                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  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 TESORERIA |  | Versión             | 3             |  ALCALÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE SALUD |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |  | Fecha de aprobación | 15/02/2018    |                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |  | Código:             | 15-02-FO-0002 |                                                                                                                                         |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | DIDIER ESTHER CONTRERAS ARAGON                                                                                                                                                                                                                                          |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          | C.C                                                                                                                                                                                                                                                                     | X               | C.E           | NO.                         |                          | 32716551        |               |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          | DIDIERESTHER2014@HOTMAIL.COM                                                                                                                                                                                                                                            |                 |               |                             | CELULAR:                 |                 | 3184108774    |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               | SUB RED SUR OCCIDENTE E.S.E |                          |                 |               |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |               |                             | SEDE                     |                 | FONTIBON FO03 |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   | Centro de costo          | %                                                                                                                                                                                                                                                                       | Centro de costo | %             | Centro de costo             | %                        | Centro de costo | %             | Centro de costo | % |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | FO03B03                  | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          | DAVIVIENDA                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |               |                             | TIPO DE CUENTA:          |                 | Ahorros       |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          | 9170360854                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |               |                             |                          |                 | PENSIONADO NO |                 |   |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          | 2612-2020                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |               |                             | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |                 |               | 11              |   |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 1723                     | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                   | 26/11/2020      | NÚMERO DE CRP |                             | 53319                    | FECHA           | 30/11/2020    |                 |   |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución. |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIA             | MES           | AÑO                         | HASTA                    | DIA             | MES           | AÑO             |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1               | 12            | 2020                        |                          | 31              | 12            | 2020            |   |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | \$9.325                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          | Asistencial                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |               |                             | RESERVA DE GLOSA 0%      |                 | \$0           |                 |   |
| OBSERVACIONES: 186 HORAS EN DICIEMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          | VALORES         |               |                 |   |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          | \$21.243.175    |               |                 |   |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          | \$21.177.900    |               |                 |   |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          | \$1.734.450     |               |                 |   |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          | \$0             |               |                 |   |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          | \$65.275        |               |                 |   |
| 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 \$2,194,508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL ARL       | APORTE ARL    | TOTAL APORTES               |                          |                 |               |                 |   |
| 1033608197                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 877.803           | \$109.725                | \$140.448                                                                                                                                                                                                                                                               | 3               | \$21.383      | \$271.557                   |                          |                 |               |                 |   |
| Dado en Bogotá en el mes de DICIEMBRE del año Dos Mil Veinte 2020 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>RODOLFO DUARTE CELY</b><br/>           NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:         </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>DIDIER ESTHER CONTRERAS ARAGON</b><br/>           NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA         </div> </div> |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |               |                             |                          |                 |               |                 |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        |                                                                                                                          |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|  <b>Secretaría de Salud</b><br><b>Subred Integrada de Servicios de Salud</b><br><b>Sur Occidente E.S.E.</b>                                                                                                     |                                | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                        | Versión: 3<br>Fecha de aprobación: 03/04/2017<br>Código: 04-02-FO-0003 |  <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> |        |
| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                | URGENCIAS                                                          |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        | Sede: UNIDAD FONTIBON                                                                                                    |        |
| No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2612-2020                      | Periodo certificado desde el                                       | Día                                                                                                                                                                                                                                    | Mes                                                                    | Año                                                                                                                      | a      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |                                                                    | 1                                                                                                                                                                                                                                      | 12                                                                     | 2.020                                                                                                                    | 31     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                          | DIDIER ESTHER CONTRERAS ARAGON |                                                                    | C.C.                                                                                                                                                                                                                                   | 32.716.551                                                             | DE                                                                                                                       | BOGOTÁ |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                 |                                |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        |                                                                                                                          |        |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                | PROGRAMADO                                                         | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                 |                                                                        | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                     |        |
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente.                                                        |                                | 100%                                                               | Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente. |                                                                        | ENTREGA DE TURNO                                                                                                         |        |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                                                                                  |                                | 100%                                                               | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                         |                                                                        | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION                                                |        |
| Realizar cuidados de enfermería de baja y media complejidad asignada y según el plan de enfermería.                                                                                                                                                                                              |                                | 100%                                                               | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                          |                                                                        | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION                                                |        |
| Informar y notificar oportunamente situaciones de riesgo de los pacientes asignados                                                                                                                                                                                                              |                                | 100%                                                               | Retroalimentación al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                                   |                                                                        | CUANDO SE REQUIERAN                                                                                                      |        |
| Asistir en forma puntual al cambio de turno para recibir y entregar los pacientes de la misma forma los equipos bajo su responsabilidad.                                                                                                                                                         |                                | 100%                                                               | Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.                                                             |                                                                        | ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO                                                                                              |        |
| Administrar los medicamentos que por la complejidad del paciente le hayan sido asignados.                                                                                                                                                                                                        |                                | 100%                                                               | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                              |                                                                        | PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES                                                                                           |        |
| diligenciar de manera completa legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 del 1999.                                                                                                                                                                          |                                | 100%                                                               | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                                  |                                                                        | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES                                                                                               |        |
| Propender por las buenas relaciones con todos el equipo de salud.                                                                                                                                                                                                                                |                                | 100%                                                               | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                                        |                                                                        | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION                                                                          |        |
| Participar activamente en las convocatorias de las diferentes actividades administrativas y de capacitación hechas por la institución.                                                                                                                                                           |                                | 100%                                                               | Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.                                                                                                                                            |                                                                        | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION                                                                          |        |
| Adherirse a las guías de manejo institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                | 100%                                                               | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                               |                                                                        | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES                                                                                               |        |
| Cumplir y vigilar la adherencia a la técnica de asepsia y antisepsia y adherencia al manual de bioseguridad.                                                                                                                                                                                     |                                | 100%                                                               | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                                |                                                                        | FORMATO INSTITUCIONAL                                                                                                    |        |
| Diligenciar los formatos de notificación obligatoria eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.                                                                                                                                                                                          |                                | 100%                                                               | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                         |                                                                        | CUANDO SE REQUIERA                                                                                                       |        |
| cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución.                                                                                                                                                                                            |                                | 100%                                                               | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                                  |                                                                        | CUANDO LO REQUIERAN                                                                                                      |        |
| Realizar las acciones necesarias que garanticen la plicación de cadena de custodia en los caso que se requieran                                                                                                                                                                                  |                                | 100%                                                               | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                        |                                                                        | CUANDO SE PRESENTEN                                                                                                      |        |
| Alimentar permanentemente los sistemas de información que estén a su cargo y mantenerlos al día.                                                                                                                                                                                                 |                                | 100%                                                               | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                          |                                                                        | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES                                                                              |        |
| Presentar las evaluaciones trimestrales programadas por el hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.                                                                                                                                               |                                | 100%                                                               | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                    |                                                                        | CUANDO LO REQUIERAN                                                                                                      |        |
| Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato.                                                                                                                                                           |                                | 100%                                                               | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                                 |                                                                        | SISTEMA DE INFORMACION                                                                                                   |        |
| Asumir al 100% la glosa que se genera por la firmas interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad oportunamente o de otra índole que tenga responsabilidad el contratista                                                                                         |                                | 100%                                                               | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                  |                                                                        | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pla)                                                                       |        |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                         |                                | 100%                                                               | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                                                                |                                                                        | CUANDO LO REQUIERAN                                                                                                      |        |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        |                                                                                                                          |        |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.734.450 UN MILLON SETECIENTOS TRAINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE                                                                                                                                                                     |                                |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                        |                                                                                                                          |        |
| Didier Contreras                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                                                    | [Firma]                                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |                                                                                                                          |        |

#### Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el área o servicio donde presta los servicios

Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios

No. De Contrato: Diligencie número de contrato

Periodo certificado desde el: Diligencie la fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar

Nombre del Contratista: Diligencie su nombre

C.C.: Diligencie su cedula de ciudadanía

De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadanía

El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.

Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato

Programado: Diligencie (SI o NO) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada

Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones

Productos entregados: Que productos surgieron de las actividades realizadas

Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones



# PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-03, 09:58:59 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1033608197  
Periodo Cotización: noviembre de 2020 Periodo Servicio: noviembre de 2020 Referencia pago (PIN): 8818935090

## PAGADO 03/12/2020

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Razón Social        | DIDIER ESTHER CONTRERAS ARAGON  |
| Documento           | CC32716551                      |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                   |
| Tipo Persona        | NATURAL                         |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                     |
| Representante Legal |                                 |
| Total Afiliados     | 1                               |
| Dirección           | CL 131C #90 - 15 BL 16 APTO 411 |
| Teléfono            | 3184108774                      |
| Forma Presentación  | ÚNICO                           |
| Departamento        | BOGOTA D.C.                     |
| Identificación      |                                 |
| ARP                 | ARL SURA                        |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Identificación | Apellidos y Nombres            | Tipo Cotización | Salario Cotizable | Novedades |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    | Pensiones      |                | Salud          |                |                | Riesgos        |                |                | Cajas          |                |                |                | Parafiscales   |                |                |                | Total      |
|----------------|--------------------------------|-----------------|-------------------|-----------|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------|
|                |                                |                 |                   | ING       | RET | RET | TDE | VA | VA | VA | VA | VA | VA | VA | VA | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Total      |
| CC 32716551    | DIDIER ESTHER CONTRERAS ARAGON | 59              | 00                |           |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                | \$ 271.700 |

### III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud  | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes SENA | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 877.803  | \$ 877.803 | \$ 877.803  | \$ 0      | \$ 140.500      | \$ 109.800    | \$ 21.400       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 271.700                     | \$ 0                    | \$ 271.700  |

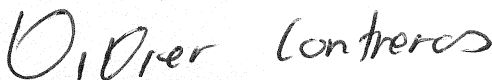
**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DIDIER ESTHER CONTRERAS ARAGON**  
**CC 32716551 DE BOGOTA**

La suma de \$ 1.734.450 , por concepto de:

Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial  
como Medico General durante el periodo del 01 al 31 de DICIEMBRE de  
conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios  
No 2612-2020

  
**DIDIER ESTHER CONTRERAS ARAGON**  
**CC 32716551 DE BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**  
**NUMERO 9170360854**