

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                             |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                        |                             |                             |                        | Versión<br>3                     |              |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                        |                             |                             |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                             |                             |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                        |                             |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                             | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                             | C.C                         | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 1016034022 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                             | ibisbarrera@gmail.com       |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3012382110 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                        |                             |                             |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                             | CONTRATO PAPSIVI            |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo        | %                           |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K33-8              | 100                         |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO CAJA SOCIAL S.A. |                             |                             |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                             | 24072753381                 |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                        |                             |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                        | 5562                        |                             |                        | VIGENCIA                         |              | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1709                   | FECHA                       | 2026-08-13<br>15:46:57.000  | NÚMERO DE CRP          | 29123                            | FECHA        | 2026-08-31<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3 |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                             | DESDE                       | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                             |                             | 2026-08-01             |                                  |              | 2026-08-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                             |                             | \$5,420,272            |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                        | Asistencial                 |                             | RESERVA DE GLOSA 0%    |                                  |              | N/A                                                                                 |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                        |                             |                             |                        |                                  | \$59,500,204 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                             |                             |                        |                                  | \$59,500,203 |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                             |                             |                        |                                  | \$5,420,272  |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                             |                             |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                             |                             |                        |                                  | \$1          |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                             |                             |                        |                                  | 100%         |                                                                                     |            |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                        |                             |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                        |                             |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION      | APORTE A SALUD 12.5% IBC    |                             | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL   | TOTAL APORTES                                                                       |            |
| 93728500                                                                                                                                                                                                                                                     | \$2,168,109            | \$271,014                   |                             | \$346,897              | 3                                | \$52,815     | \$670,726                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>Supervisor                                                                            |                        |                             |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                        |                             |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                        |                             |                             |                        |                                  |              |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES                                                                                                                                            | PRODUCTOS                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de profesional universitario 3, en la modalidad, colectivo étnico y o estrategia que tenga asignada conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y o de las estrategias diferenciales para personas víctimas del conflicto armado residentes en el Distrito Capital, en concordancia a estándares institucionales, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del contrato. | REALIZAR ACTIVIDADES EN RELACION A LA MODALIDAD INDIVIDUAL                                                                                             | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030, MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL, PLAN DE TRABAJO, APLICATIVO, CRONOGRAMA Y SEGUIMIENTO A META |
| Realizar el cargue de la información con respecto a los procesos de atención alrededor del componente de atención psicosocial del PAPSIVI, en los formatos, aplicativos y/o matrices dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y/o Secretaria Distrital de salud, conforme a las condiciones técnicas requeridas de manera semanal                                                                                                                                                                                                                     | SE DILIGENCIAN MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL PAPSIVI, APLICATIVO, CRONOGRAMA, PAP010, PAP012, PAP020, PAP030. SEGUIMIENTO A META Y PLAN DE TRABAJO | FICHA PAP 010, FICHA PAP 012, FICHA PAP 020, FICHA PAP 030, MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL, PLAN DE TRABAJO, APLICATIVO, CRONOGRAMA Y SEGUIMIENTO A META |
| Reportar los casos prioritarios (si los hubiere) al componente de atención psicosocial del PAPSIVI y o de acciones de promoción y prevención, para el respectivo seguimiento y la activación del proceso en pro de una atención integral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SE DILIGENCIA PRIORIZACION DE CASOS EN LA MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL                                                                               | MATRIZ DE ATENCION PSICOSOCIAL                                                                                                                           |
| Participar en asistencias técnicas, reuniones de seguimiento y sesiones de coordinación convocadas por la Secretaría Distrital de Salud y o por las coordinaciones del proceso, ordinarias o extraordinarias, aportando análisis y elementos técnicos desde su rol profesional.                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CONVOCADAS POR LA SDS                                                              | LISTADO DE ASISTENCIA Y/O GRABACION DEL EVENTO                                                                                                           |
| Asistir a las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas programadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 14/08/2026 JORNADA DE FORTALECIMIENTO TECNICO                                                                                                          | LISTADO DE ASISTENCIA Y/O GRABACION DEL EVENTO                                                                                                           |
| Participar en las jornadas de cuidado emocional convocadas, orientadas a la descarga emocional vinculado al proceso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 14/08/2026 JORNADA DE CUIDADO A CUIDADORES,                                                                                                            | LISTADO DE ASISTENCIA Y/O GRABACION DEL EVENTO                                                                                                           |
| Diseñar y presentar una propuesta metodológica para la realización de los diálogos de saberes en salud, e implementarla en los centros de encuentro u otros espacios definidos en coordinación con la SDS, según el cronograma establecido de acuerdo a los requerimientos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | REALIZACION DE LA PROPUESTA METODOLOGICA DE DIALOGO DE SABERES EN SALUD E IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN LOS CENTROS DE ENCUENTRO                       | MATRIZ DE FOCALIZACION Y RELATORIA                                                                                                                       |
| Asistir y participar activamente en las jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o conmemoración que sean convocadas por la Secretaría Distrital de Salud, en el marco del programa de personas víctimas del conflicto armado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 29/08/2026 JORNADA DE VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO                                                                                                    | LISTADO DE ASISTENCIA                                                                                                                                    |
| Elaborar y entregar insumos técnicos necesarios para la consolidación del informe mensual (o fracción de mes) y del informe final del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y o de las estrategias diferenciales en la modalidad, colectivo étnico y o estrategia que tenga asignada, garantizando la calidad, pertinencia y veracidad de la información reportada.                                                                                                                                                                                                  | REALIZACION DEL INFORME MENSUAL Y FINAL DE LA ATENCION PSICOSOCIAL DE LA MODALIDAD INDIVIDUAL                                                          | INFORME RADICADO                                                                                                                                         |
| Diligenciar la matriz de identificación de resultados e impactos de la implementación de la modalidad y o estrategia asignada, en articulación con el equipo de la estrategia Formar en Paz, cuando sea requerido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DILIGENCIAR MATRIZ DE IDENTIFICACION                                                                                                                   | MATRIZ                                                                                                                                                   |
| Acompañamiento y/o seguimiento en la implementación, seguimiento y gestión del Protocolo de Atención Psicosocial y Salud Integral a VCA con las EAPB y o las IPS; cuando le sea asignado dentro del proceso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ACOMPANAR Y APOYAR EL SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO                                                                                                         | LISTA DE ASISTENCIA                                                                                                                                      |
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PORTAR LA CHAQUETA Y CARNET INSTITUCIONAL                                                                                                              | REGISTRO FOTOGRAFICO                                                                                                                                     |
| El contratista guardará completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de las personas víctimas del conflicto armado                                                                                                                                                                                                  | MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DE LAS VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO                                                                    | FIRMA DEL PAP010                                                                                                                                         |
| Apoyar la ejecución de las jornadas y actividades que se requieran ante eventualidades o eventos de interés en salud pública                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA PARA ESTE MES                                                                                                                                | NO APLICA PARA ESTE MES                                                                                                                                  |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | APOYAR EN ACTIVIDADES QUE SEAN NECESARIAS PARA EL PROCESO DEL PAPSIVI                                                                                  | LISTADO DE ASISTENCIA                                                                                                                                    |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1016034022        | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO |        | calle 75 n 110 a 14 | 5476502            | ibisfenney@hotmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                             |        |                     |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                             |        |                     |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 93728500        | 12/08/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                            | I               | \$2,231,258               | \$736.500          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 279.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 2         | 500                   | 0              | 279.500       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                                |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                         | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230901          | Skandia Pensiones Obligatorias | 800253055-2 | 357.100                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 2         | 600                   | 0              | 357.700       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 54.400                 |                  |       |                        | 54.400                | 2         | 100                   | 54.500              |                            |                     | 544               | 54.500        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 44.700       | 2         | 100               | 44.800        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 2         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 2         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 279.000                             | 279.500       |
| Pensión                | 1                              | 357.100                             | 357.700       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 54.400                              | 54.500        |
| CCF                    | 1                              | 44.700                              | 44.800        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 735.200                             | 736.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                     |                    |                        |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|---------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                  | 1016034022        | IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO |        | calle 75 n 110 a 14 | 5476502            | ibisfenney@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 93728500        | 12/08/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                           | I               | \$2,231,258              | \$736.500          |              |

#### DETALLE POR COTIZANTE

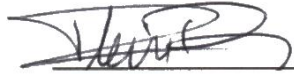
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                             |           |            |            | INFORMACIÓN NOVEDADES |          |    |    |    |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |            |             |           | SALUD |            |                     |                      | RIESGOS LABORALES                 |                                    |          |           | CCF  |                           |             |           | PARAFISCALES |                 |            |               |           |      |               |                           |                |                |                |               |
|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|----------|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|------------|-------------|-----------|-------|------------|---------------------|----------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------------|------------|---------------|-----------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Suscriptor | Estrategia | Cobertura anterior    | Economía | NO | NA | TA | TAP | VOP | VPT | SAJ | KEE | LVA     | VAC | AVP | VPT | IRL | CORRECCIÓN | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días  | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de<br>solidaridad | Fondo pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód.<br>ARL | IBC ARL   | Días         | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF   | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |
| 1                     | CC<br>1016034022                      | BARRERA PINCHAO IBIS FENNEY | 59        | 0          |            | N                     |          |    |    |    |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |            | 230901      | 2.231.258 | 30    | 357.100    | 0                   | 0                    | 0                                 | 0                                  | EPS005   | 2.231.258 | 30   | 279.000                   | 14-11       | 2.231.258 | 30           | 3               | 54.400     | CCF24         | 2.231.258 | 30   | 44.700        | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**  
**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO  
CC 1016034022 DE BOGOTA D.C

La suma de Cinco millones cuatrocientos veinte mil doscientos setenta y dos mil pesos, 5.420.272, por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3 en el **Contrato No. 8295757-2025**, durante el periodo del 1 de agosto al 31 de agosto del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5562-2025.



**IBIS FENNEY BARRERA PINCHAO**  
**C.C 1016034022 DE BOGOTA**

**CUENTADE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**  
**NUMERO 24072753381**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de agosto y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Norma Lucia Tobo Pedraza  
**Norma Lucia Tobo Pedraza**  
**Coordinadora modalidad individual**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)**