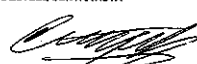
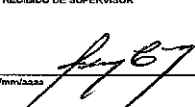


|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |  |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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                             |                   | Efrén Camilo Ballén Moreno                                                                                                                                                                                                                                     |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                  |                   | C.C                                                                                                                                                                                                                                                            | X   | C.E                 |   | NO.                                                                                                                                                         |            | 1,010,162,835   |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   | camiloballen_mv@outlook.com                                                                                                                                                                                                                                    |     |                     |   | CELULAR:                                                                                                                                                    |            | 3213477864      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   | FONTIBON ZONA FRANCA FO09                                                                                                                                   |            |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                             |                   | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL                                                                                                                                                                                                                                 |     |                     |   | SEDE:                                                                                                                                                       |            | FONTIBON        |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                   |                   | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                                | %   | Centro de costo     | % | Centro de costo                                                                                                                                             | %          | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | FO09K31                                                                                                                                                                                                                                                        | 100 |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                 |                   | DAVIVIENDA                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                     |   | TIPO DE CUENTA:                                                                                                                                             |            | AHORROS         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                           |                   | 008480360299                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            | PENSIONADO      |   | No              |   |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                      |                   | 436 - 2020                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                     |   | N° DE PAGOS DEL CONTRATO                                                                                                                                    |            | 12              |   | DE 12           |   |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                       |                   | 1722                                                                                                                                                                                                                                                           |     | FECHA               |   | 26/11/2020                                                                                                                                                  |            | NÚMERO DE CRP   |   | 56401           |   |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     | FECHA               |   |                                                                                                                                                             |            | NÚMERO DE CRP   |   | 16/12/2020      |   |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                |                   | Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                |                   | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                          |     | DIA                 |   | MES                                                                                                                                                         |            | AÑO             |   | HASTA           |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     | 1                   |   | 1                                                                                                                                                           |            | 2021            |   | 31              |   |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                         |                   | \$3,570,149                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                   |                   | PIC                                                                                                                                                                                                                                                            |     | RESERVA DE GLOSA 2% |   | \$0                                                                                                                                                         |            |                 |   |                 |   |
| OBSERVACIONES: Cobro adicional de 52 horas ejecutadas en vacunacion canina y felina para el mes de diciembre de 2020.                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            | VALORES         |   |                 |   |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            | \$42,170,139    |   |                 |   |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            | \$42,170,139    |   |                 |   |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            | \$4,191,047     |   |                 |   |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            | \$0             |   |                 |   |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            | \$0             |   |                 |   |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            | 100%            |   |                 |   |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
| Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2'194.507, 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%  |   | NIVEL ARL                                                                                                                                                   | APORTE ARL | TOTAL APORTES   |   |                 |   |
| 47968709                                                                                                                                                                                                                                            | \$1,428,060       | \$178,507                                                                                                                                                                                                                                                      |     | \$228,489           |   | 3                                                                                                                                                           | \$34,787   | \$441,783       |   |                 |   |
| Dado en Bogotá al mes de Enero de dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   |                                                                                                                                                             |            |                 |   |                 |   |
| <br><b>JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR                                                                                      |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                     |   | <br><b>EFREN CAMILO BALLÉN MORENO</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |            |                 |   |                 |   |

162

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                    |                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mantener la confidencialidad de la información, reservas de los sistemas de información, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnológicos, registro de soporte logístico (Software), definición de la tutoría de los documentos científicos y de más información que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de Vigilancia Sanitaria y Ambiental y de vigilancia en salud pública. | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada.                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad                                                                                                                                                                          | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI | Se cumplieron las normas y procedimientos establecidos por los reglamentos de la institución                                                       | Se cumplieron las normas y procedimientos establecidos por los reglamentos de la institución |
| Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera                                                                                                                                                                                                                                    | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables.                                                                                                                                                                                                           | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.                                                                                                                                                                                                                                            | SI | Se entregan actas de operativo donde se garantiza la veracidad de la información registradas en ellas, se entregan actas de IVC a la líder de ETOZ | Se hace entrega oportuna de las actas de operativo, y actas de IVC                           |
| Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | Se garantiza jornada laboral de manera autónoma                                                                                                    | Se entrega la meta conforme a lo asignado por el líder de vigilancia sanitaria               |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas por el líder operativo. Enviar y responder de manera oportuna los informes, solicitudes y quejas derivados de la ejecución del presente contrato o de actividades delegadas por el líder operativo de la línea de intervención según sea requerido.                                                                                          | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Atender oportunamente a la solicitud de ajuste de inconsistencias detectadas de los productos derivados de la ejecución de las actividades de IVC y sus correspondientes bases de datos.                                                                                                                                                                                                                                                 | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| Asistir, participar activamente de las acciones del PSPIC en concordancia a la labor misional y/o institucional de requerirse, adicionalmente prestar apoyo, y participar en la atención de eventos de interés en salud pública según se requiera.                                                                                                                                                                                       | NO | No se programo para este mes                                                                                                                       | No aplica                                                                                    |
| OBSERVACIONES: Cobro adicional de 52 horas ejecutadas en vacunación canina y felina para el mes de diciembre de 2020.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                                    |                                                                                              |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 4.191.047 ( cuatro millones ciento noventa y un mil cuarenta y siete pesos. M/cto.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                    |                                                                                              |
| FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | FIRMA DE RECIBIDO DE SUPERVISOR                                                                                                                    |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                |                                                                                              |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA, CÉDULA DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | FECHA: dd/mm/aaaa                                                                                                                                  |                                                                                              |
| BALLEN MORENO C.C. 1.010.102.835                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    | EPREN CAMILO                                                                                                                                       |                                                                                              |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                             |                |              |                               |    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCAS Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------|----------------|--------------|-------------------------------|----|-----------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE            | DIRECCIÓN      | TÉLEFONO     | CORREO                        |    |                                         |
| CC                    | 1010162835         | EFREN CAMILO BALLEEN MORENO | Kr-101 n 70-40 | 3213477864   | camilaballeen_nm@cuiibook.com |    |                                         |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL          | CÓDIGO         | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO            |    |                                         |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                             |                | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C.                  | NO |                                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |                       |     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD<br>EMPLEADOS | UPC |
| PERCIBIO SALUD       | 2020-12                            | I             | 14/01/2021                | 47968709        | 1                     | 0   |
|                      |                                    |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR         |     |
|                      |                                    |               |                           |                 | \$441.500             |     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |               |             |                         |
|---------------|---------------|-------------|-------------------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Contracción Obligatoria |
| EPS008        | Compensar EPS | 860069842-7 | 179,600                 |

| UPC Adicional | Incapacidades    |       |                  |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cotización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|------------------|-------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|               | No. Autorización |       | Valor            |       | No. Autorización    | Valor |           |                          |                   |               |               |
|               | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |                     |       |           |                          |                   |               |               |
| 0             |                  | 0     |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                        | 175.600           |               | 1             |

**TOTALES PENSION**

| TOTALES PENSION |          |             |                        |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Coligación obligatoria |
| 230301          | Forvenir | 800224808-8 | 228.600                |

| Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsidista | Días Mora Cotización | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliado |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|--------------|
| 0                          | 0                           | 0                        | 0                       | 0                    | 0                     |                | 228.500       | 1            |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                           |
|---------------------------|----------|-------------|---------------------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización<br>Obligatoria |
| 14-11                     | ARL SURA | 890803790-5 | 34.800                    |

|  | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Días<br>Mora | Valor Neto<br>Cotización | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--|------------------|-------|---------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
|  | No. Autorización | Valor |                           |              |                          |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|  |                  |       |                           | 0            | 34.800                   | 0                        | 34.800                 |                               |                        | 348                  | 34.800        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF   |  | NOMBRE |  | NIT | Valor Aporte |
|--------------|--|--------|--|-----|--------------|
| TOTALS CAJAS |  |        |  |     |              |
|              |  | NOMBRE |  | NIT | Valor Aporte |

| Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|-----------|-------------------|---------------|---------------|

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.600                             | 178.600       |
| Pensión                | 1                              | 226.900                             | 226.900       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.600                              | 34.600        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SEMA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 441.900                             | 441.900       |

| DATOS DEL APORTANTE                   |            |                            |                              |
|---------------------------------------|------------|----------------------------|------------------------------|
| TIPO                                  | NÚMERO     | NOMBRE APORTANTE           | DIRECCIÓN                    |
| CC                                    | 1010102835 | EFREN CAMILO BALLEA MORENO | kr 101 n 70 40               |
| FORMA DE PRESENTACIÓN                 |            | NOMBRE SUCURSAL            | DEPARTAMENTO                 |
| ÚNICA                                 |            |                            | BOGOTÁ D.C.                  |
|                                       |            | Ciudad / Municipio         | BOGOTÁ, D.C.                 |
|                                       |            | TELÉFONO                   | 3213477864                   |
|                                       |            | CORREO                     | camiloballen_jmw@outlook.com |
| EXONERADO PAGO PARA FISCIALES Y SALUD |            |                            |                              |
| NO                                    |            |                            |                              |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |                   |                         |
|----------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AAO) | TIPO PLANILLA     | FECHA PAGO (DIAMES/AAO) |
|                      |                                  |                   |                         |
| PERIODO SALUD        | 2020-12                          | PERIODO PENSIONES | 2020-12                 |
| NÚMERO PLANILLA      |                                  | 47988709          |                         |
| CANTIDAD EMPLEADOS   |                                  | 1                 |                         |
| TOTAL A PAGAR        |                                  | \$441.900         |                         |

## DETALLE POR COTIZANTE

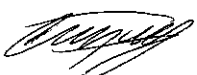
| INFORMACIÓN COIZANTE |      |            | INFORMACIÓN NOVEDADES      |    |                     |   |            |   |            |   |            |   | PENSION    |   |            |   |            | SALUD |            |   |            | RIESGOS LABORALES |            |   |            |   | CCF        |   |            |   | PARAFISCALES |   |            |   |            |   |            |  |
|----------------------|------|------------|----------------------------|----|---------------------|---|------------|---|------------|---|------------|---|------------|---|------------|---|------------|-------|------------|---|------------|-------------------|------------|---|------------|---|------------|---|------------|---|--------------|---|------------|---|------------|---|------------|--|
| No.                  | Tipo |            | No. de identificación      |    | Apellidos y Nombres |   | Cotización |   | Definitiva |   | Cotización |   | Definitiva |   | Cotización |   | Definitiva |       | Cotización |   | Definitiva |                   | Cotización |   | Definitiva |   | Cotización |   | Definitiva |   | Cotización   |   | Definitiva |   | Cotización |   | Definitiva |  |
| 1                    | CC   | 1010102835 | BALLEA MORENO EFREN CAMILO | 55 | 0                   | 0 | 0          | 0 | 0          | 0 | 0          | 0 | 0          | 0 | 0          | 0 | 0          | 0     | 0          | 0 | 0          | 0                 | 0          | 0 | 0          | 0 | 0          | 0 | 0          | 0 | 0            | 0 | 0          | 0 | 0          | 0 |            |  |

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

**DEBE A:**

**EFRÉN CAMILO BALLÉN MORENO**  
**C.C 1.010.162.835 DE BOGOTÁ**

La suma de \$4.191.047 pesos (m/cte), por concepto de: Médico Veterinario, durante el periodo de 01 al 31 de enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 436-2020.

  
**EFRÉN CAMILO BALLÉN MORENO**  
**C.C 1.010.162.835 DE BOGOTÁ**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**  
**NUMERO 008480360299**