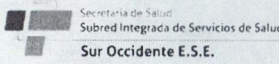
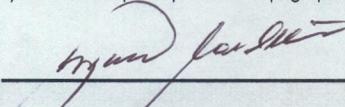
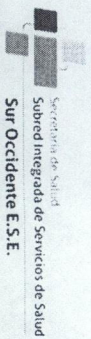


|                                                                                   |                                                                                                                              |  |                     |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b> |  | Versión             | 3             |  |
|                                                                                   |                                                                                                                              |  | Fecha de aprobación | 15/02/2018    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                              |  | Código:             | 04-02-FO-0002 |                                                                                     |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 |                                                                                                                        |                 |       |                 |      |                 |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|-----------------|------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          | ARGEMIRO CESAR CANTILLO OROZCO                                                                                                                                                                                                                                     |             |                 |                                                                                                                        |                 |       |                 |      |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          | C.C                                                                                                                                                                                                                                                                | X           | C.E             | NO.                                                                                                                    |                 |       | 7593328         |      |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          | cantilloargemiro@yahoo.com                                                                                                                                                                                                                                         |             |                 | CELULAR:                                                                                                               |                 |       | 3103579270      |      |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 |                                                                                                                        |                 |       |                 |      |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          | PAPS LAURELES                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                 | SEDE:                                                                                                                  |                 |       | Pablo VI        |      |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                   | Centro de costo   | %                        | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                                    | %           | Centro de costo | %                                                                                                                      | Centro de costo | %     | Centro de costo | %    | Centro de costo | % |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | PA30A10           | 100%                     |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 |                                                                                                                        |                 |       |                 |      |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          | BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                 | TIPO DE CUENTA:                                                                                                        |                 |       | Ahorros         |      |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | 62483915573                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                 |                                                                                                                        |                 |       | PENSIONADO      |      | No              |   |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 |                                                                                                                        |                 |       |                 |      |                 |   |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | 3201-2019                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO                                                                                               |                 |       | PAGO 4 DE 4     |      |                 |   |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                       |                   | 501                      | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                              | 10/04/2019. | NÚMERO DE CRP   |                                                                                                                        | 21296           | FECHA | 30/04/2019      |      |                 |   |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          | Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Medicina 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           | DIA   | MES             | AÑO  |                 |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1           | 5               | 2019                                                                                                                   |                 | 31    | 5               | 2019 |                 |   |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | \$5,220,834                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                 |                                                                                                                        |                 |       |                 |      |                 |   |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                   |                   | Asistencial              | RESERVA DE GLOSA 2%                                                                                                                                                                                                                                                |             |                 |                                                                                                                        | NO APLICA       |       |                 |      |                 |   |
| OBSERVACIONES: (NINGUNO)                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 |                                                                                                                        |                 |       |                 |      |                 |   |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 |                                                                                                                        |                 |       |                 |      |                 |   |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 | VALORES                                                                                                                |                 |       |                 |      |                 |   |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 | \$20,883,336                                                                                                           |                 |       |                 |      |                 |   |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 | \$20,883,336                                                                                                           |                 |       |                 |      |                 |   |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 | \$5,220,834                                                                                                            |                 |       |                 |      |                 |   |
| 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 \$ 2.070.290 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                                                                                                          |                 |       |                 |      |                 |   |
| 8491695512                                                                                                                                                                                                                                          | \$3.800.000       | \$475,000                | \$646,000                                                                                                                                                                                                                                                          | 3           | \$92,600        | \$1.213.600                                                                                                            |                 |       |                 |      |                 |   |
| Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                        |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 |                                                                                                                        |                 |       |                 |      |                 |   |
| <br>CATERIN CARREÑO OLMOS                                                                                                                                        |                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                 | <br>ARGEMIRO CESAR CANTILLO OROZCO |                 |       |                 |      |                 |   |



INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2  
Fecha de aprobación 03/04/2017  
Código: 04-02-FO-0003  
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio: CONSULTA EXTERNA MEDICO GENERAL

No. DE CONTRATO: 3201-2019 Periodo certificado desde el DIA 1 MES 5 Año 2,019 a 31 Mes 5 Año 2,019

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ARGEMIRO CESAR CANTILLO OROZCO C. C. 7,593,328 DE PIVILAY MG

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI NO

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                   | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                      | PRODUCTOS ENTREGADOS                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Practicar las intervenciones y valoraciones medicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada                                                                                                                               | SI         | se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en hims | se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA |
| Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en la salud publica a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo y vital de acuerdo con la normatividad vigente | SI         | se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en hims | se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA |
| Realizar las actividades propias del servicio de consulta medica asistencial                                                                                                                                                                                                 | SI         | se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en hims | se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA |
| Elaborar las historias clinicas y demás registros clinicos de forma oportuna y completa de acuerdo a la normatividad vigente                                                                                                                                                 | SI         | se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en hims | historia clinica DINAMICA                               |
| Realizar ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas                                                                                                                                                                            | SI         | se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en hims | historia clinica DINAMICA                               |
| Formular y ejecutar las acciones las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades                                                                                                                  | SI         | se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en hims | historia clinica DINAMICA                               |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales/o de planes y/o proyectos formulados, en el área o servicio asignado                                                                                                           | SI         | se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en hims | historia clinica DINAMICA                               |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (5,220,834) cinco millones doscientos veinte mil ochocientos treinta y cuatro pesos

ARGEMIRO CESAR CANTILLO OROZCO: [Firma] Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: [Firma]

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN  
DE SERVICIOS

Versión: 2  
Fecha de aprobación: 03/04/2017  
Código: 04-02-FO-0003



ALCALDIA MAYOR  
DE BOMBAYÁ D.C.

Ubicación del Servicio: CONSULTA EXTERNA MEDICO GENERAL

No. DE CONTRATO: 3201-2018 Período certificado desde el

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ARGEMIRO CESAR CANTILLO OROZCO

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento Institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO      Servicios: SI      NO     

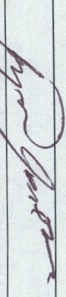
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                            | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                      | PRODUCTOS ENTREGADOS                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud   | NO         | no aplica para mi actividad                                                                 | NO APLICA                                        |
| Participación en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de insuficiencia de la Empresa Social del Estado                                   | NO         | no aplica para mi actividad                                                                 | NO APLICA                                        |
| Participar junto al equipo de salud, en la evaluación de la eficiencia y la impacto de los programas ofrecidos a la comunidad                                                         | NO         | no aplica para mi actividad                                                                 | NO APLICA                                        |
| Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con normatividad vigente | SI         | Se realizo la atencion al paciente con registro en la intranet                              | Formato anexo 9 o 3                              |
| Participar las acciones de vigilancia epidemiologica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población                                                   | SI         | se diligencia oportunamente las ficha s de epidemiologia pertinentes                        | fichas de notificacion de eventos en estadística |
| Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de salud de la comunidad                                                                       | NO         | no aplica para mi actividades                                                               | NO APLICA                                        |
| Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio                  | SI         | llevo una adecuada relacion con mi compañeros para dar una adecuada prestación del servicio | Trabajo en equipo                                |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR TOTAL A PAGAR (Número y letras): (5.220.834) cinco millones doscientos veinte mil ochocientos treinta y cuatro pesos

OROZCO: ARGEMIRO CESAR CANTILLO supervisor: Fecha: del mes de año

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

|                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                     |                                 |                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Sur Occidente E.S.E.</b><br>Subred Integrada de Servicios de Salud                                        |  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                      |  | Versión: 2                                                                                                                          | Fecha de aprobación: 03/04/2017 |  ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| Ubicación del Servicio: CONSULTA EXTERNA MEDICO GENERAL                                                                                                                                          |  | No. DE CONTRATO: 3201-2019                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Período certificado desde el                                                                                                        |                                 | Sede: PAPS LAURELES                                                                                                 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: ARGEMIRO CESAR CANTILLO OROZCO                                                                                                                                           |  | OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina 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. |  | C. C. 7.593.328 DE                                                                                                                  |                                 | Día Mes Año 1 5 2.019 a 31 5 2.019<br>PIVUJAY MG                                                                    |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                     |                                 |                                                                                                                     |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                       |  | PROGRAMADO                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                              |                                 | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                |
| Participar en el análisis de la información de oferta y de demanda de servicios de salud de área de influencia que permita proponer alternativas de solución                                     |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | se realizó atención a lo pacientes en consulta externa con registro en dinámica                                                     |                                 | Historia clínica Dinámica                                                                                           |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio                                                                                              |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | me guío de los protocolos y guías e la institución para la adecuada prestación del servicio                                         |                                 | GUIAS INTRANET                                                                                                      |
| Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio                                                                                                                               |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | se reporta en la intranet cualquier novedad                                                                                         |                                 | INTRANET                                                                                                            |
| Presentar informes periódicos inherentes a sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas                                                                |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | en los documentos de pago se entrega informes mensual de las actividades realizadas                                                 |                                 | FORMATO DE ACTIVIDADES                                                                                              |
| Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherente a sus actividades cuando se requieran                                                                                  |  | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | no aplica para mi actividades                                                                                                       |                                 | NO APLICA                                                                                                           |
| Asistir y participar activamente en las reuniones y procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades o procesos que eleccione                                      |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | asisto a reuniones y actividades programada                                                                                         |                                 | ACTAS DE ASISTENCIA                                                                                                 |
| Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.                                                                                       |  | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | se revisa a diario la agenda de consulta en agenda dinámica                                                                         |                                 | NO APLICA                                                                                                           |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                     |                                 |                                                                                                                     |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): (5.220.834) cinco millones ochocientos veinte mil ochocientos treinta y cuatro pesos                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                     |                                 |                                                                                                                     |
| ARGEMIRO CESAR CANTILLO OROZCO                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor  |                                 |                                                                                                                     |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                     |                                 |                                                                                                                     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                |                 |                    |                             |                     |          |                       |    |
|-------------------------------|----|--------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|----|
| Identificación                | dv | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                   | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | No |
| CC 7593328                    |    | CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CL 55 No. 77- SANTA CECILIA | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555  |                       | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |       |          |            |            |             |             |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|-------|----------|------------|------------|-------------|-------------|
| Periodo                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Clave | Planilla | Limite     | Fecha      | Pago        | Valor       |
| 2019-04                           | 2019-04 | 441677382 | 8491695512 |       |          | 2019/05/08 | 2019/05/02 | BANCOLOMBIA | \$1,213,600 |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO      |                |        |     |     |    |     |    |     |    |
|---------------|----------------|--------|-----|-----|----|-----|----|-----|----|
| No.           | Identificación | Nombre | ing | rec | de | bae | de | bae | de |
| NOVEDADES     |                |        |     |     |    |     |    |     |    |
| PENSION       |                |        |     |     |    |     |    |     |    |
| SALUD         |                |        |     |     |    |     |    |     |    |
| CCF           |                |        |     |     |    |     |    |     |    |
| RIESGOS       |                |        |     |     |    |     |    |     |    |
| PARAFISCALES  |                |        |     |     |    |     |    |     |    |
| TOTAL APORTES |                |        |     |     |    |     |    |     |    |

| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |               |         |                   |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------|---------------|---------|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |               |         |                   |  |  |  |  |  |  |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) |               |         |                   |  |  |  |  |  |  |
| 1                                               | CC            | 7593328 | CANTILLO ARGEMIRO |  |  |  |  |  |  |
| Total                                           | Afiliados( 1) |         |                   |  |  |  |  |  |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                |                 |                    |                             |                     |          |                       |    |
|-------------------------------|----|--------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|----|
| Identificación                | dv | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                   | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | No |
| CC 7593328                    |    | CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CL 55 No. 77- SANTA CECILIA | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555  |                       | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | Salud   | Pago      | Planilla   | Clave | Planilla | Limite     | Fecha      | Pago        | Valor       |
|---------|---------|-----------|------------|-------|----------|------------|------------|-------------|-------------|
| 2019-04 | 2019-04 | 441677382 | 8491695512 |       |          | 2019/05/08 | 2019/05/02 | BANCOLOMBIA | \$1,213,600 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$646,000       | \$0            | \$0                    | \$646,000     |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$646,000       | \$0            | \$0                    | \$646,000     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$92,600        | \$0            | \$0                    | \$92,600      |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$92,600        | \$0            | \$0                    | \$92,600      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$475,000       | \$0            | \$0                    | \$475,000     |
| MEDIMAS EPS              | EPS044 | 901,097,473 | 5  | 1         | \$475,000       | \$0            | \$0                    | \$475,000     |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$1,213,600     | \$0            | \$0                    | \$1,213,600   |