

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS<br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.5</b> | Elaborado por: Luis<br>Eduardo Zamora<br>Sánchez<br>Revisado por: Ingrid<br>Natalia Escobar<br>Aprobado por:<br>Francisco José<br>Guerrero Loaiza |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN –<br/>DIRECCIÓN U OFICINA:</b><br><br><b>SUBDIRECCION DE GESTION DE RIESGO<br/>EN EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>                                                                                                                                                                                                    | <b>CONTRATO No.</b><br>CO1.PCCNTR 2613818 DE<br>2021 | <b>PERIODO DEL CONTRATO:</b><br>Fecha de Inicio: 14 de Julio 2021<br>AÑO 2021: 5 MESES MAS 17 DIAS<br>CORRESPONDEN DEL 14 DE JULIO<br>2021 HASTA 31 DE DICIEMBRE 2021<br>CON: 35.086.700<br><br>AÑO 2022: 5 MESES CON 13 IAS<br>CORRESPONDE DEL 01 DE ENERO<br>2022 HASTA EL 13 DE JUNIO 2022<br>CON:34.246.300 |
| <b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b><br>Fondo financiero distrital de salud                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      | Fecha de Terminación: 13 de junio 2022<br><b>PLAZO DE EJECUCIÓN: 11 meses</b>                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CONTRATISTA:</b><br>ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      | <b>PRÓRROGA:</b><br>Fecha de Inicio:<br>Fecha de Terminación:                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b><br>Dr. JOSE OCTAVIO LOPEZ GALLEGOS<br>SUBDIRECTOR DE GESTION DE RIESGO EN EMERGENCIAS Y<br>DESASTRES                                                                                                                                                                                                    |                                                      | <b>SUSPENSIÓN:</b><br>Fecha de Inicio:<br>Fecha de Terminación:<br><b>PERIODO DEL INFORME: 01 al 30<br/>octubre 2021</b>                                                                                                                                                                                        |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales especializados en la subdirección de gestión del riesgo, para realizar actividades de planificación, seguimiento y evaluación a los incidentes e infracciones en el actuar de la misión médica de los hospitales - clínicas y unidades móviles priorizados de la red distrital. |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO                   |               |
|---------------------------------------------------|---------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO:                       | \$ 69.333.000 |
| VALOR ADICIÓN:                                    | \$ 0          |
| VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:                      | \$ 16.177.700 |
| VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME: | \$ 6.303.000  |
| SALDO POR EJECUTAR:                               | \$ 46.852.300 |

| ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL                                                                                          |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato)                                                                                                                                       | AVANCE ACTIVIDADES<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)                                                           | EVIDENCIAS O SOPORTE<br>(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)                                               |
| 1. Impulsar las acciones de divulgación y seguimiento de la Misión Médica a los referentes de las entidades o instituciones de salud de acuerdo con lo establecido en la resolución 4481 de 2012. | 13/10/2021 Se Divulgaron los cursos de misión medica vía correo para las 4 Subredes integradas de Servicios de Salud                                         | 1.1 C:\Users\ecsoloto\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre                                                                   |
| 2. Llevar el registro mensual de las infracciones médicas reportadas o en seguimiento y elaborar el reporte a entidades externas o internas de la Secretaría Distrital de Salud.                  | 24/09/2021 Se realizó Acta incidentes Subred Sur no relacionada en el informe anterior.<br>22/09/2020 se envía informe consolidado de análisis de incidentes | 2.1 C:\Users\ecsoloto\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre<br>2.2 C:\Users\ecsoloto\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                 |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p align="center"><b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</b></p> <p align="center"><b>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS</b></p> <p align="center">Código: SDS-CON-FT-014 V.5</p> | <p>Elaborado por: Luis<br/>Eduardo Zamora<br/>Sánchez<br/>Revisado por: Ingrid<br/>Natalia Escobar<br/>Aprobado por:<br/>Francisco José<br/>Guerrero Loaiza</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>3. Apoyar en la asesoría técnica, en la evaluación de contenidos formulación, ajuste y actualización Plan de gestión del riesgo de desastres en el contexto hospitalario (PGRDCH) de las subredes integradas de servicios de salud sur y las instituciones prestadoras de servicios de salud -privadas que lo soliciten, además de acompañar la realización de simulaciones y simulacros mediante la visita de campo de verificación y seguimiento de los planes evaluados.</b></p> | <p>22/09/2021 se asesoró para la elaboración de Planes de Gestión de Riesgo de Desastres en el Contexto Hospitalario de La Clínica El Country. no relacionada en el informe anterior.</p> <p>23/09/2021 se asesora y envía información sobre realización de simulaciones y simulacros no relacionada en el informe anterior.</p> <p>07/10/2021 se asesora presencialmente en el hospital el tunal al equipo de Emergencias de la Subred Sur en base al PGRDCH</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>3.1 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>3.2 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>3.3 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>3.4 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>4. Participar en las reuniones de plan de mando unificado además de apoyar la respuesta de incidentes que involucren múltiples víctimas y en aquellas situaciones de riesgo que afecten la comunidad residente en Bogotá, según designación del subdirector de la subdirección de gestión del riesgo en emergencias y desastres.</b></p>                                                                                                                                            | <p>27/09/2021 se acompaña a la localidad de san Cristóbal con respecto a las inquietudes de la población vulnerable de esta localidad con respecto a salud no relacionada en el informe anterior.</p> <p>25/09/2021 Se realizó seguimiento a la implementación del plan de salud en liga betplay fortaleza vs orsamarsa no relacionada en el informe anterior.</p> <p>03/10/2021 Se participó COE distrital parque nacional</p> <p>03/10/2021 Se participó PMU sala de crisis</p> <p>02/10/2021 realizó seguimiento a la implementación del plan de salud en liga betplay equidad vs Quindío</p> <p>04/10/2021 Se participó COE distrital parque nacional</p> <p>06/10/2021 Se participó COE distrital parque la florida</p> <p>07/10/2021 Se participó PMU sala de crisis</p> <p>12/10/2021 Se participó COE distrital parque nacional</p> <p>13/10/2021 Se participó PMU sala de crisis</p> <p>16/10/2021 Se participó COE distrital parque nacional</p> <p>19/10/2021 Se participó COE distrital parque nacional</p> | <p>4.1 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.2 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.3 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.4 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.5 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.6 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.7 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.8 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.9 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.10 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.11 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>4.12 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> |
| <p><b>5. Participar en las actividades de formación programadas por la subdirección de gestión del riesgo.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>No se cumple con esta actividad dado a cubrimiento continuo de las actividades desarrolladas en el parque nacional con comunidades indígenas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>6. Presentar de manera oportuna, en el tiempo establecido, los informes relacionados con el seguimiento del plan operativo anual, las actividades relacionadas con su cargo que fortalezcan el seguimiento al plan de desarrollo en Bogotá.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                 | <p>27/09/2021 Se envió correo de evidencias de acuerdo a los compromisos de las actividades no relacionada en el informe anterior.</p> <p>28/09/2021 Se envió correo de evidencias de acuerdo a los compromisos de las actividades no relacionada en el informe anterior.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>6.1 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p> <p>6.2 C:\Users\ecsetolo\Desktop\EVIDENCIAS Eliana Sotelo\octubre</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

#### ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:

121

|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                             |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p align="center">SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS<br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.5</p> | <p>Elaborado por: Luis Eduardo Zamora Sánchez<br/>Revisado por: Ingrid Natalia Escobar<br/>Aprobado por: Francisco José Guerrero Loaiza</p> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

**DECLARACIÓN:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

| INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL |            |                       |            |                           |          |
|------------------------------------|------------|-----------------------|------------|---------------------------|----------|
| APORTES EN SALUD                   |            | APORTES EN PENSIÓN    |            | APORTES RIESGOS LABORALES |          |
| Empresa:                           | COMPENSAR  | Empresa:              | COLFONDOS  | Empresa:                  | POSITIVA |
| Suma cancelada:                    | 315.200    | Suma cancelada:       | 403.400    | Suma cancelada:           | N/A      |
| No Planilla:                       | 1041256886 | No Planilla:          | 1041256886 | No Planilla:              | N/A      |
| Mes(es) cancelado(s):              | Septiembre | Mes(es) cancelado(s): | Septiembre | Mes(es) cancelado(s):     | N/A      |

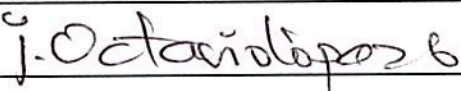
| EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN                       |                                                                                            |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo: |                                                                                            | Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades: |  | Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación): |  |
| CONTRATISTA                                                 | NOMBRES Y APELLIDOS:<br>ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO                                     |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                      |  |
|                                                             | FIRMA:  |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                      |  |
|                                                             | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1030565725                                                     |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                      |  |

| INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <p>Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del <u>37,42%</u> de ejecución del contrato.</p> | <p><b>OTRAS OBSERVACIONES:</b></p> |
| INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| <p>En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:</p>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                 |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p align="center">SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS<br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.5</p> | <p>Elaborado por: Luis<br/>Eduardo Zamora<br/>Sánchez<br/>Revisado por: Ingrid<br/>Natalia Escobar<br/>Aprobado por:<br/>Francisco José<br/>Guerrero Loaiza</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

| Nº | Descripción del Riesgo | ¿Se materializo el riesgo?<br>(Marque con una X) |    | Observaciones<br>(Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo) |
|----|------------------------|--------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                        | SI                                               | NO |                                                                                    |
|    |                        |                                                  |    |                                                                                    |
|    |                        |                                                  |    |                                                                                    |
|    |                        |                                                  |    |                                                                                    |

|            |                                                                                                  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SUPERVISOR | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b><br>Dr. JOSE OCTAVIO LOPEZ GALLEGO                                      |
|            | <b>FIRMA:</b>  |

|        |                                                                                                   |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REVISÓ | <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b><br>SANDRA ALVARADO                                                      |
|        | <b>FIRMA:</b>  |

❖ El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.

\* Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones.

# Simple.

## Información de la Planilla Guardada

**Nit de comercio Operador de Información** 900097333-9  
**Razón Social del Operador de Información** SIMPLE S.A.  
**Descripción** Pago de SuAporte  
**Fecha Creación Informe** 2021-10-25, 1:35:05 PM  
**Fecha Guardada** 2021-10-25, 01:10:24 PM  
**Periodo de Cotización Otros Riesgos** septiembre de 2021  
**Periodo de Cotización Para Salud** septiembre de 2021  
**Empresa** ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO  
**CEDULA CIUDADANIA** CC 1030565725  
**Código Sucursal (Nombre)**  
**Referencia de Pago/ Número Planilla** 1041256886  
**Tipo de Planilla** I  
**Valor** \$ 795.300

| NIR            | Código | Administradora                                   | Afiliados | Valor sin Mora | Valor Mora | Total      |
|----------------|--------|--------------------------------------------------|-----------|----------------|------------|------------|
| N800227940     | 231001 | COLFONDOS                                        | 1         | \$ 403.400     | \$ 0       | \$ 403.400 |
| N860066942     | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD             | 1         | \$ 315.200     | \$ 0       | \$ 315.200 |
| N890903790     | 14-11  | ARL SURA                                         | 1         | \$ 61.500      | \$ 0       | \$ 61.500  |
| N860007336     | CCF22  | CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO | 1         | \$ 15.200      | \$ 0       | \$ 15.200  |
| SubTotales:    |        |                                                  |           | \$ 795.300     | \$ 0       |            |
| Total a Pagar: |        |                                                  |           |                |            | \$ 795.300 |

