



| INFORMACION DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|------------------------|--|---------------------|--|-----------------|--|---------------|--|-----------------|--|-----|--|------|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                       |  | YINSO ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ                                                                                                                                                                                                                          |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| TIPO DE DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                            |  | C C                                                                                                                                                                                                                                                       |  | X                        |  | C E                    |  |                     |  | NO              |  | 83 248 876    |  |                 |  |     |  |      |  |
| CORREO ELECTRONICO                                                                                                                                                                                                                                           |  | albeiroortigoza1985@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  | CELULAR         |  | 3132686060    |  |                 |  |     |  |      |  |
| UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                                                                                                                   |  | SUBRED SUR OCCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                      |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| UBICACION DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                       |  | URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                          |  | SEDE                   |  |                     |  | Fonibon         |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                           |  | %                        |  | Centro de costo        |  | %                   |  | Centro de costo |  | %             |  | Centro de costo |  |     |  |      |  |
| B03                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 100%                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO DE BOGOTA                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  | TIPO DE CUENTA         |  |                     |  | AHORROS         |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  | 13210003                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                          |  | PENSIONADO             |  |                     |  | No              |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |  | 3486/2018                                                                                                                                                                                                                                                 |  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  | 3                      |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| NUMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 03                                                                                                                                                                                                                                                        |  | FECHA                    |  | 12/01/2018             |  | NUMERO DE GRP       |  | 11468           |  | FECHA         |  | 06-02-2018      |  |     |  |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE Y S.T.E - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONIBON de acuerdo a las necesidades de la institucion |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  | DESDE                    |  | DIA                    |  | MES                 |  | AÑO             |  | HASTA         |  | DIA             |  | MES |  | AÑO  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  | 1                      |  | 4                   |  | 2018            |  |               |  | 30              |  | 4   |  | 2018 |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES - HORA:                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Asistencial              |  |                        |  | RESERVA DE GLOSA 2% |  |                 |  | \$9.475       |  |                 |  |     |  |      |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, Incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| VALORES                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| \$4.486.325                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| \$4.271.400                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| \$1.474.650                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| \$0                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| \$194.925                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCION                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| 96%                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105 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 |  |                 |  |     |  |      |  |
| 1012382517                                                                                                                                                                                                                                                   |  | \$781.242                                                                                                                                                                                                                                                 |  | \$97.700                 |  | \$125.000              |  | 3                   |  | \$19.100        |  | \$241.800     |  |                 |  |     |  |      |  |
| Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de ABRIL del año Dos Mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| CLAUDIA XIMENA BENAVIDES                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |
| YINSO ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |  |                        |  |                     |  |                 |  |               |  |                 |  |     |  |      |  |

|                                                                                                                                                                            |                                                                    |  |                                                                        |                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  GOBIERNO DE BOGOTÁ<br>Secretaría Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |  | Versión: 3<br>Fecha de aprobación: 15/02/2018<br>Código: 04-02-FQ-0002 |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                         |                                  |                              |                    |            |     |   |     |        |     |
|-------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------|------------|-----|---|-----|--------|-----|
| Ubicación del Servicio: | URGENCIAS                        |                              | Sede: USS FONTIBON |            |     |   |     |        |     |
| No. DE CONTRATO:        | 3486/2018                        | Periodo certificado desde el | Día                | Mes        | Año | a | Día | Mes    | Año |
|                         |                                  |                              | 1                  | 4          | 18  |   | 30  | 4      | 18  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | YINSO ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ |                              | C. C.              | 83.248.876 |     |   | DE  | BOGOTÁ |     |

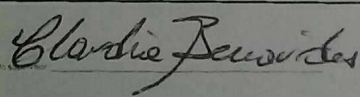
**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                    | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                               | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Participar activamente con experiencia y conocimientos técnicos con el equipo interdisciplinario de salud en consultorio, urgencias, salas de cirugía, y hospitalización en los diversos procedimientos y notificaciones en forma permanente. | SI         | Realizo actividades propias competentes como técnico auxiliar de enfermería en los servicios asignados que garantice el cuidado integral al paciente.                                                                |                      |
| Tomar y registrar de manera sistemática los signos vitales de los pacientes asignados de acuerdo a la orden médica y avisar inmediatamente cualquier alteración de los mismos.                                                                | SI         | Realizo la toma y registro de signos vitales de acuerdo a la condición del paciente y notifico de manera oportuna hallazgos que permitan la toma de decisiones en su tratamiento.                                    |                      |
| Realizar cuidados de enfermería de baja y media complejidad asignada y según el plan de enfermería.                                                                                                                                           | SI         | Realizo la ejecución del plan de enfermería establecido por el jefe del servicio y genero actividades del cuidado diario del paciente que se requieran.                                                              |                      |
| Informar y notificar oportunamente situaciones de riesgo de los pacientes asignados.                                                                                                                                                          | SI         | Realizo la notificación oportuna de los cambios que se evidencian durante la ejecución de mis actividades diarias.                                                                                                   |                      |
| Asistir en forma puntual al cambio de turno para recibir y entregar los pacientes de la misma forma los equipos bajo su responsabilidad.                                                                                                      | SI         | Participo de manera proactiva y asertiva en Entrega de Turno adhiriéndose al Protocolo de Entrega de turno y realizo el inventario correspondiente del servicio.                                                     |                      |
| Administrar los medicamentos que por la complejidad del paciente le hayan sido asignados.                                                                                                                                                     | SI         | Realizo la administración de los medicamentos ordenados según el tratamiento ordenado por el médico tratante con previa verificación de los 10                                                                       |                      |
| diligenciar de manera completa legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 del 1999.                                                                                                                       | SI         | Realizo la consignación de los registros clínicos como notas de enfermería, actividades diarias, control de líquidos administrados y eliminados, toma de laboratorio clínicos, glucometrías, PVC.                    |                      |
| Propender por las buenas relaciones con todos el equipo de salud.                                                                                                                                                                             | SI         | Mantengo buenas relaciones laborales y una comunicación asertiva que permite un adecuado trabajo en equipo.                                                                                                          |                      |
| Participar activamente en las convocatorias de las diferentes actividades administrativas y de capacitación hechas por la institución.                                                                                                        | SI         | Asisto de manera activa a las diferentes convocatorias de reunión, capacitación, Talleres programados por la Institución.                                                                                            |                      |
| Adherirse a las guías de manejo institucionales.                                                                                                                                                                                              | SI         | Conozco y coloco en práctica las diferentes guías de manejo institucionales para la realización de procedimientos.                                                                                                   |                      |
| Cumplir y vigilar la adherencia a la técnica de asepsia y antisepsia y adherencia al manual de bioseguridad.                                                                                                                                  | SI         | Realizo todas las medidas de prevención y control de infecciones intra hospitalarias como lavados de manos, aislamientos, y técnica aséptica, además de colocar las barreras para la prevención de eventos adversos. |                      |
| Diligenciar los formatos de notificación obligatoria eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.                                                                                                                                       | SI         | Registro los eventos presentados y notifico a quien corresponda su verificación y seguimiento.                                                                                                                       |                      |
| cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución.                                                                                                                                         | SI         | Doy cumplimiento de manera permanente a los manuales y reglamentos institucionales.                                                                                                                                  |                      |
| Realizar las acciones necesarias que garanticen la aplicación de cadena de custodia en los caso que se requieran                                                                                                                              | SI         | Realizo apoyo al médico y/o jefe del servicio para garantizar la cadena de custodia según demanda.                                                                                                                   |                      |
| Alimentar permanentemente los sistemas de información que estén a su cargo y mantenerlos al día.                                                                                                                                              | SI         | Realizo el registro oportuno en los diferentes formatos que sean requeridos por el servicio para mantener el sistema de información vigente (libros, inventarios, certificados, laboratorios, etc)                   |                      |
| Presentar las evaluaciones trimestrales programadas por el hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.                                                                                            | SI         | Participo en las diferentes convocatorias realizadas por la institución para reentrenamiento en puesto de trabajo.                                                                                                   |                      |
| Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato.                                                                                                        | SI         | Mantendré toda la disposición para ejecutar las actividades asignadas por el supervisor del contrato o jefe inmediato según se requiera.                                                                             |                      |
| Asumir al 100% la glosa que se generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad oportunizada o de otra índole que tenga responsabilidad el contratista                                      | SI         | Asumiré el 100% la glosa que genere según los informes de las firmas interventoras.                                                                                                                                  |                      |

**OBSERVACIONES:**

|                                  |             |                                                                                 |
|----------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): | \$1.474.650 | UN MILLON CUATRO CIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M7CTE |
|----------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                     |                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| YINSO ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ<br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA | Fecha: 15/02/2018 Firma de Recepción:  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-04-09, 04:05:20 AM Tipo Planilla: I- PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1012382517

Periodo Cotización: abril de 2018 Período Servicio: abril de 2018 Referencia pago (PIN): 8869036930

## PAGADO 07/04/2018 EN HORARIO EXTENDIDO

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                   |
|---------------------|-----------------------------------|
| Razón Social        | YINSON ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ |
| Documento           | CC83248876                        |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                     |
| Tipo Persona        | NATURAL                           |
| Ciudad              | BOGOTÁ                            |
| Representante Legal | ORTIGOZA RODRIGUEZ YINSON ALBEIRO |
| Total Afiliados     | 1                                 |
| Dirección           | CLL60SURN78B41                    |
| Teléfono            | 7794590                           |
| Forma Presentación  | ÚNICO                             |
| Departamento        | BOGOTÁ D.C.                       |
| Identificación      | CC 83248876                       |
| ARP                 | ARP SURA                          |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| II. DETALLE DEL APORTANTE |                     |                 |                    |     |       |     |     |     |     |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |    |       |    |         |    |    |       |    |    |    |              |    |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |
|---------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|----|----|-------|----|---------|----|----|-------|----|----|----|--------------|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|
| Datos del Afiliado        |                     |                 |                    |     |       |     |     |     |     | Novedades |    |    |    |    |    |    |    |    |    | Pensiones |    |    | Salud |    | Riesgos |    |    | Cajas |    |    |    | Parafiscales |    |    | Total |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |
| Identificación            | Apellidos y Nombres | Tipo Cotización | Subtipo Cotización | RET | RET P | TAE | TAE | TOT | CON | VSP       | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA        | DA | DA | DA    | DA | DA      | DA | DA | DA    | DA | DA | DA | DA           | DA | DA | DA    | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA | DA</ |

## III. TOTALES

|             |            |           |            |             |            |           |      |                 |            |               |           |                 |           |               |      |              |      |              |      |              |      |                       |      |                                              |      |                   |      |                                |            |                         |      |             |            |
|-------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|-----------|-----------------|-----------|---------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-----------------------|------|----------------------------------------------|------|-------------------|------|--------------------------------|------------|-------------------------|------|-------------|------------|
| IBC Pensión | \$ 781.242 | IBC Salud | \$ 781.242 | IBC Riesgos | \$ 781.242 | IBC Cajas | \$ 0 | Aportes Pensión | \$ 125.000 | Aportes Salud | \$ 97.700 | Aportes Riesgos | \$ 19.100 | Aportes Cajas | \$ 0 | Aportes SENA | \$ 0 | Aportes ICBF | \$ 0 | Aportes ESAP | \$ 0 | Aportes Min Educación | \$ 0 | Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS | \$ 0 | Incapacidades ARP | \$ 0 | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | \$ 241.800 | TOTAL INTERESES DE MORA | \$ 0 | TOTAL FINAL | \$ 241.800 |
|-------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|-----------|-----------------|-----------|---------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-----------------------|------|----------------------------------------------|------|-------------------|------|--------------------------------|------------|-------------------------|------|-------------|------------|