

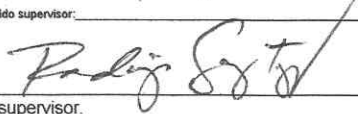
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Versión             | 1             |
| Fecha de aprobación | 09/11/2016    |
| Código:             | 15-02-FO-0002 |



| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------|-----|--------------------------|------------|-----------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|------|------------------|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                             |                   | ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ                                                                                                                                                                                                                                              |      |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                  |                   | CC                                                                                                                                                                                                                                                                    | X    | C.E                    | NO. |                          | 51,783,938 |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   | anaisabelmontanalopez@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          | CELULAR:   |                 | 3057198742    |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     | UNIDAD PUENTE ARANDA     |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     | SERVICIO FARMACEUTICO    |            | SEDE:           |               | PAPS CLASS                                                                                                     |     |                 |      |                  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                   |                   | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                                       | %    | Centro de costo        | %   | Centro de costo          | %          | Centro de costo | %             | Centro de costo                                                                                                | %   | Centro de costo | %    |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | M05                                                                                                                                                                                                                                                                   | 100% |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | BBVA                   |     | TIPO DE CUENTA:          |            |                 |               | AHORROS                                                                                                        |     |                 |      |                  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | 419060470              |     |                          |            | PENSIONADO      |               |                                                                                                                |     | NO              |      |                  |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA                                                                                                                                                                                                                       |                   | 1988- 2018                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                        |     | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO |            |                 |               | 1 DE 3                                                                                                         |     |                 |      |                  |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                       |                   | 33                                                                                                                                                                                                                                                                    |      | FECHA                  |     | 12 DE ENERO 2018         |            | NÚMERO DE CRP   |               | 10180                                                                                                          |     | FECHA           |      | 31 DE ENERO 2018 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                |                   | Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACEUTICOS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución |      |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | DESDE                  |     | DIA                      | MES        | AÑO             | HASTA         |                                                                                                                | DIA | MES             | AÑO  |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     | 1                        | 2          | 2018            |               |                                                                                                                | 28  | 2               | 2018 |                  |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | \$1.576.350            |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                   |                   | Asistencial                                                                                                                                                                                                                                                           |      | RESERVA DE GLOSA 2%    |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               | VALORES                                                                                                        |     |                 |      |                  |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               | \$4.729.050                                                                                                    |     |                 |      |                  |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               | \$1.576.350                                                                                                    |     |                 |      |                  |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               | \$1.576.350                                                                                                    |     |                 |      |                  |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               | \$0                                                                                                            |     |                 |      |                  |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               | \$3.152.700                                                                                                    |     |                 |      |                  |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               | 33%                                                                                                            |     |                 |      |                  |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                  | IBC DE COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC                                                                                                                                                                                                                                              |      | APORTE PENSION 16% IBC |     | NIVEL ARL                | APORTE ARL |                 | TOTAL APORTES |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| 7192286401                                                                                                                                                                                                                                          | \$781,242,00      | \$97.700                                                                                                                                                                                                                                                              |      | \$125.000              |     | 3                        | \$19.100   |                 | \$241.800     |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO el año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               |                                                                                                                |     |                 |      |                  |  |
| <br><b>RODRIGO GONZÁLEZ</b><br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO Q.F.<br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                        |     |                          |            |                 |               | Cordialmente,<br><br><b>ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ</b><br>AUXILIAR DE FARMACIA<br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |     |                 |      |                  |  |

|                                                                                                                                                                                   |                                                                    |                     |               |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Ministerio de Salud y Protección Social<br/>Secretaría de Salud<br/>Sur Occidente E.S.E.</p> | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión             | 2             |  <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                    | Fecha de aprobación | 03/04/2017    |                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                    | Código:             | 04-02-FO-0003 |                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                               |          |            |            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|------------|------------|
| <b>Ubicación del Servicio:</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                          | SERVICIOS COMPLEMENTARIOS – FARMACIA                                                                                        |  | <b>Sede: PAPS CLASS</b>                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                               |          |            |            |            |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | 1988 - 2018              | <b>Periodo certificado desde el</b>                                                                                         |  | <b>Día</b>                                                                                                                                     | <b>Mes</b> | <b>Año</b>                                                                                                                                                    | <b>a</b> | <b>Día</b> | <b>Mes</b> | <b>Año</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                                                                                                             |  | 1                                                                                                                                              | 2          | 2018                                                                                                                                                          |          | 28         | 2          | 2018       |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                             | ANA ISABEL MONTAÑA LOPEZ |                                                                                                                             |  | <b>C. C.</b>                                                                                                                                   | 51,783,938 |                                                                                                                                                               |          | <b>DE</b>  | BOGOTÁ     |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> 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 FARMACIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente |                          |                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                               |          |            |            |            |
| <b>El resultado del cumplimiento del contrato es:</b> Productos : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Servicios: S <input checked="" type="checkbox"/>                                                             |                          |                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                               |          |            |            |            |
| <b>OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                          | <b>PROGRAMADO</b>        | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                               |  |                                                                                                                                                |            | <b>PRODUCTOS ENTREGADOS</b>                                                                                                                                   |          |            |            |            |
| Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula médica presentada por el suario                                                                                                                                                                               | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Recibe la formula verificar en las diferentes bases (eps-s, comprador, adres) facturar y entregar el medicamento al usuario |  |                                                                                                                                                |            | se dispensaron 1300 formulas correspondientes a las eps-s cotratadas por la subred                                                                            |          |            |            |            |
| Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos entregados para su respectivo descargo                                                                                                                               | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Realizar los ingresos de los medicamentos al sistema hospital                                                               |  |                                                                                                                                                |            | se hizo el descargo de 8000 medicamentos                                                                                                                      |          |            |            |            |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según el procedimiento establecido                                                                                                                                                                                 | <b>SI PROGRAMADO</b>     | semaforizar oportunamente los medicamentos con base en la recepción técnica realizada mensualmente.                         |  |                                                                                                                                                |            | Se realiza el almacenamiento adecuado, la semaforización (color rojo inferior a seis meses), se registra los datos de la recepción técnica en medio magnético |          |            |            |            |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo                                                                                                                                                                                    | <b>SI PROGRAMADO</b>     | programar mensualmente la limpieza de estanterías y efectuar buen almacenamiento de los medicamentos                        |  |                                                                                                                                                |            | se realiza limpieza de estantería cada 15 días y se almacenan los medicamentos de tal manera que los primeros en vencer sean los que primeros en entregar     |          |            |            |            |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad                                                                                                                                      | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Realizar la entrega oportuna de los eventos, facturas de FFDS y hojas de ruta al área de facturación                        |  |                                                                                                                                                |            | En el mes de febrero se entregaron 80 facturas de evento, 15 facturas del fondo financiero y diariamente hojas de ruta                                        |          |            |            |            |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred                                                                                                                                                   | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Realizar la entrega oportuna de los informes solicitados que intervienen en el proceso de calidad                           |  |                                                                                                                                                |            | Se entrega los informes del mes de febrero de indicadores, recepción técnica toma de temperatura                                                              |          |            |            |            |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlos al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento                                                                                                                 | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Registrar el número de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes                                                     |  |                                                                                                                                                |            | En el mes de febrero se registraron 1300 formulas, 8000 medicamentos entregados y 5 medicamentos pendientes                                                   |          |            |            |            |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas                                                                                                                                                                                      | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Velar por el buen uso de los diferentes equipos de trabajo que tengo a mi cargo                                             |  |                                                                                                                                                |            | Soy cuidadosa con el equipo de computo y escaner, al terminar las funciones diarias se deja cerrado con llave                                                 |          |            |            |            |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                                                                                                               | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Se programa para el día martes 20 de febrero capacitación de la UAT tema seguridad del paciente                             |  |                                                                                                                                                |            | Asisti a la capacitación a la 1:00 pm en el paps bochica                                                                                                      |          |            |            |            |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                                                                                                                            | <b>NO PROGRAMADO</b>     | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación                                                               |  |                                                                                                                                                |            | No se generaron productos                                                                                                                                     |          |            |            |            |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos                                                                                                                                               | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Hacer seguimiento oportuno de los procesos y procedimientos establecidos por la subred                                      |  |                                                                                                                                                |            | Se realiza dispensación, recepción, almacenamiento y seguimiento a medicamentos pendientes                                                                    |          |            |            |            |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales                                                                                                                                                        | <b>NO PROGRAMADO</b>     | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación                                                               |  |                                                                                                                                                |            | No se generaron productos                                                                                                                                     |          |            |            |            |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlos al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato                                                                                                       | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Realizar oportunamente las actividades programadas mensualmente por el supervisor                                           |  |                                                                                                                                                |            | Se entrega oportunamente el informe con las respectivas actividades realizadas para ser certificadas por el supervisor                                        |          |            |            |            |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato                                                                                                             | <b>NO PROGRAMADO</b>     | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación                                                               |  |                                                                                                                                                |            | No se generaron productos                                                                                                                                     |          |            |            |            |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio                                                                                                                            | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Registrar el número de formulas, medicamentos entregados y/o pendientes, formulas mal diligenciadas                         |  |                                                                                                                                                |            | En el mes de febrero se registraron 1300 formulas, 8000 medicamentos entregados, 0 medicamentos pendientes y a la fecha no hay formulas mal diligenciadas     |          |            |            |            |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                                                     | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Descargar planilla de simple para el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales        |  |                                                                                                                                                |            | Se entrega oportunamente impresa la planilla de salud, pensiones y riesgos profesionales junto con el informe de actividades para la certificación            |          |            |            |            |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                                                    | <b>SI PROGRAMADO</b>     | Entregar oportunamente la glosa solicitada durante el periodo                                                               |  |                                                                                                                                                |            | Se entrega soportes de la glosa de fondo financiero de los meses de agosto, septiembre y octubre de 2017 al área de facturación                               |          |            |            |            |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                               |          |            |            |            |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1,576,350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/C</b>                                                                                                                                                  |                          |                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                               |          |            |            |            |
| <br>CONTRATISTA: _____<br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL                                                                                                                           |                          |                                                                                                                             |  | Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: _____<br> |            |                                                                                                                                                               |          |            |            |            |

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



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



|                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                                                                                                                                          |  | DATOS GENERALES DE LA FAMILIA                                                                                                                                           |  |
| TIPO IDENTIFICACION:<br>NOMBRE O PAQUET SOCIAL:<br>DIRECCION:<br>TIPO APORTANTE:<br>FORMA DE PRESBITACION:<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) |  | CEDULA DE CIUDADANIA, NUMERO DE IDENTIFICACION:<br>BOGOTA, DISTRITO CAPITAL, SEPARA AUMENTO:<br>CASA 771 N. 14A SUR TE. FONDO:<br>PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:<br>UNICO |  |
| NO                                                                                                                                                                                     |  | NO                                                                                                                                                                      |  |
| NOMBRE: AYA ISABEL MONYANA LOPEZ                                                                                                                                                       |  | NOMBRE: AYA ISABEL MONYANA LOPEZ                                                                                                                                        |  |
| BOGOTA - DISTRITO CAPITAL                                                                                                                                                              |  | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL                                                                                                                                               |  |
| DIA DE MORA:                                                                                                                                                                           |  | DIA DE MORA:                                                                                                                                                            |  |
| FECHA PAGO (año/mes/dia):                                                                                                                                                              |  | FECHA PAGO (año/mes/dia):                                                                                                                                               |  |
| Pegones Naturales en Actividad Económica                                                                                                                                               |  | Pegones Naturales en Actividad Económica                                                                                                                                |  |
| NÚMERO PLANILLA:<br>PERIODO COTIZACIÓN OTROS                                                                                                                                           |  | NÚMERO PLANILLA:<br>PERIODO COTIZACIÓN OTROS                                                                                                                            |  |
| MES                                                                                                                                                                                    |  | MES                                                                                                                                                                     |  |
| Enero Año                                                                                                                                                                              |  | Enero Año                                                                                                                                                               |  |
| 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUD                                                                                                                                                          |  | 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUD                                                                                                                                           |  |
| 0                                                                                                                                                                                      |  | 0                                                                                                                                                                       |  |
| NÚMERO AUTORIZACION:                                                                                                                                                                   |  | NÚMERO AUTORIZACION:                                                                                                                                                    |  |
| 899796273                                                                                                                                                                              |  | 899796273                                                                                                                                                               |  |

| ADMINISTRADORA |                | TOTAL APORTES A PENSION |           | TOTAL APORTES A SALUD |            | TOTAL APORTES A PENSION |                | TOTAL APORTES A SALUD |           | TOTAL APORTES A PENSION |            | TOTAL APORTES A SALUD |                |
|----------------|----------------|-------------------------|-----------|-----------------------|------------|-------------------------|----------------|-----------------------|-----------|-------------------------|------------|-----------------------|----------------|
| CODIGO         | NO. COTIZANTES | COTIZACION              | EMPLEADOR | NO. COTIZANTES        | COTIZACION | EMPLEADOR               | NO. COTIZANTES | COTIZACION            | EMPLEADOR | NO. COTIZANTES          | COTIZACION | EMPLEADOR             | NO. COTIZANTES |
| 25-14          | 1              | \$ 123.000              | \$ 0      | 1                     | \$ 123.000 | \$ 0                    | 1              | \$ 123.000            | \$ 0      | 1                       | \$ 123.000 | \$ 0                  | 1              |
| SUBTOTAL:      |                | \$ 123.000              | \$ 0      | SUBTOTAL:             |            | \$ 123.000              | \$ 0           | SUBTOTAL:             |           | \$ 123.000              | \$ 0       | SUBTOTAL:             |                |

| ADMINISTRADORA |                | TOTAL APORTES A PENSION |           | TOTAL APORTES A SALUD |            | TOTAL APORTES A PENSION |                | TOTAL APORTES A SALUD |           | TOTAL APORTES A PENSION |            | TOTAL APORTES A SALUD |                |
|----------------|----------------|-------------------------|-----------|-----------------------|------------|-------------------------|----------------|-----------------------|-----------|-------------------------|------------|-----------------------|----------------|
| CODIGO         | NO. COTIZANTES | COTIZACION              | EMPLEADOR | NO. COTIZANTES        | COTIZACION | EMPLEADOR               | NO. COTIZANTES | COTIZACION            | EMPLEADOR | NO. COTIZANTES          | COTIZACION | EMPLEADOR             | NO. COTIZANTES |
| EP907          | 1              | \$ 123.000              | \$ 0      | 1                     | \$ 123.000 | \$ 0                    | 1              | \$ 123.000            | \$ 0      | 1                       | \$ 123.000 | \$ 0                  | 1              |
| SUBTOTAL:      |                | \$ 123.000              | \$ 0      | SUBTOTAL:             |            | \$ 123.000              | \$ 0           | SUBTOTAL:             |           | \$ 123.000              | \$ 0       | SUBTOTAL:             |                |

| ADMINISTRADORA |                | TOTAL APORTES A PENSION |           | TOTAL APORTES A SALUD |            | TOTAL APORTES A PENSION |                | TOTAL APORTES A SALUD |           | TOTAL APORTES A PENSION |            | TOTAL APORTES A SALUD |                |
|----------------|----------------|-------------------------|-----------|-----------------------|------------|-------------------------|----------------|-----------------------|-----------|-------------------------|------------|-----------------------|----------------|
| CODIGO         | NO. COTIZANTES | COTIZACION              | EMPLEADOR | NO. COTIZANTES        | COTIZACION | EMPLEADOR               | NO. COTIZANTES | COTIZACION            | EMPLEADOR | NO. COTIZANTES          | COTIZACION | EMPLEADOR             | NO. COTIZANTES |
| 4-28           | 1              | \$ 123.000              | \$ 0      | 1                     | \$ 123.000 | \$ 0                    | 1              | \$ 123.000            | \$ 0      | 1                       | \$ 123.000 | \$ 0                  | 1              |
| SUBTOTAL:      |                | \$ 123.000              | \$ 0      | SUBTOTAL:             |            | \$ 123.000              | \$ 0           | SUBTOTAL:             |           | \$ 123.000              | \$ 0       | SUBTOTAL:             |                |

| ADMINISTRADORA |                | TOTAL APORTES A PENSION |           | TOTAL APORTES A SALUD |            | TOTAL APORTES A PENSION |                | TOTAL APORTES A SALUD |           | TOTAL APORTES A PENSION |            | TOTAL APORTES A SALUD |                |
|----------------|----------------|-------------------------|-----------|-----------------------|------------|-------------------------|----------------|-----------------------|-----------|-------------------------|------------|-----------------------|----------------|
| CODIGO         | NO. COTIZANTES | COTIZACION              | EMPLEADOR | NO. COTIZANTES        | COTIZACION | EMPLEADOR               | NO. COTIZANTES | COTIZACION            | EMPLEADOR | NO. COTIZANTES          | COTIZACION | EMPLEADOR             | NO. COTIZANTES |
| 4-28           | 1              | \$ 123.000              | \$ 0      | 1                     | \$ 123.000 | \$ 0                    | 1              | \$ 123.000            | \$ 0      | 1                       | \$ 123.000 | \$ 0                  | 1              |
| SUBTOTAL:      |                | \$ 123.000              | \$ 0      | SUBTOTAL:             |            | \$ 123.000              | \$ 0           | SUBTOTAL:             |           | \$ 123.000              | \$ 0       | SUBTOTAL:             |                |

TOTAL \$ 241.800