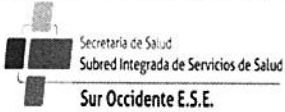


| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|-----|-----------------|------|------------|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                       | LUZ ANGELICA RIAÑO                                                                                                                                                                                                                                             |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |                       | C.C                                                                                                                                                                                                                                                            | X             | C.E             | NO. |                                                                                                                                                     | 52.261.937 |                     |     |                 |      |            |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                             |                       | luzangelicar924@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                      |               |                 |     | CELULAR:                                                                                                                                            |            | 3212419075          |     |                 |      |            |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     | Sur                                                                                                                                                 |            |                     |     |                 |      |            |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                       | SERVICIO FARMACEUTICO                                                                                                                                                                                                                                          |               |                 |     | SEDE:                                                                                                                                               |            | CAPS TRINIDAD GALAN |     |                 |      |            |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                             |                       | BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                 |     | TIPO DE CUENTA:                                                                                                                                     |            | Ahorros             |     |                 |      |            |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             |                       | 66991038541                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                 |     | PENSIONADO                                                                                                                                          |            | No                  |     |                 |      |            |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                             |                       | 1982-2018                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                 |     | N° DE PAGOS DEL CONTRATO                                                                                                                            |            |                     |     | 10 de 10        |      |            |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1731                        |                       | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                          |               | 29/10/2018      |     | NÚMERO DE CRP                                                                                                                                       |            | 45002               |     | FECHA           |      | 31/10/2018 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                             |                       | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional. |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                             |                       | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                          |               | DIA             | MES | AÑO                                                                                                                                                 | HASTA      |                     | DIA | MES             | AÑO  |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               | 1               | 11  | 2018                                                                                                                                                |            |                     | 30  | 11              | 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 en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     | VALORES                                                                                                                                             |            |                     |     |                 |      |            |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     | \$15.814.350                                                                                                                                        |            |                     |     |                 |      |            |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     | \$15.814.350                                                                                                                                        |            |                     |     |                 |      |            |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     | \$1.576.350                                                                                                                                         |            |                     |     |                 |      |            |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     | \$0                                                                                                                                                 |            |                     |     |                 |      |            |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     | \$0                                                                                                                                                 |            |                     |     |                 |      |            |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     | 100%                                                                                                                                                |            |                     |     |                 |      |            |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.          |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD<br>12.5% IBC | APORTE<br>PENSION 16% | NIVEL<br>ARL                                                                                                                                                                                                                                                   | APORTE<br>ARL | TOTAL APORTES   |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| 30781755                                                                                                                                                                                                                                                     | \$781.242         | \$97.700                    | \$125.000             | 3                                                                                                                                                                                                                                                              | \$19.100      | \$241.800       |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Noviembre del año Dos Mil Dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                          |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| Cordialmente,                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     |                                                                                                                                                     |            |                     |     |                 |      |            |  |
| <br><b>RODRIGO GONZALEZ FONSECA</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:                                                                                                     |                   |                             |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                 |     | <br><b>LUZ ANGELICA RIAÑO</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |            |                     |     |                 |      |            |  |

|                                                                                   |                                                                            |                     |               |  |                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR<br/>ORDEN DE PRESTACIÓN DE<br/>SERVICIOS</b> | Versión             | 1             |  | <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br><small>ALCALDÍA</small><br><small>Ordened por Decretos N.º 10.18</small> |
|                                                                                   |                                                                            | Fecha de aprobación | 09/11/2016    |  |                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                   |                                                                            | Código:             | 15-02-FO-0003 |  |                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                          |     |                                  |            |                                                                                                       |     |         |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|-------|
| <b>Ubicación del Servicio:</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                   | UNIDAD DEL SUR FARMACIA                                                                                  |     | <b>Sede:</b> CAPS TRINIDAD GALÁN |            |                                                                                                       |     |         |       |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1982-2018         | <b>Periodo certificado desde el</b>                                                                      | Día | Mes                              | Año        | a                                                                                                     | Día | Me<br>s | Año   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                          | 1   | 11                               | 2.018      |                                                                                                       | 30  | 11      | 2.018 |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                   | LUZ ANGELICA RIAÑO                                                                                       |     | C. C.                            | 52.261.937 |                                                                                                       | DE  | BOGOTÁ  |       |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional. |                   |                                                                                                          |     |                                  |            |                                                                                                       |     |         |       |
| <b>El resultado del cumplimiento del contrato es:</b> Productos : SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                |                   |                                                                                                          |     |                                  |            |                                                                                                       |     |         |       |
| <b>OBLIGACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>PROGRAMADO</b> | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                            |     |                                  |            | <b>PRODUCTOS ENTREGADOS</b>                                                                           |     |         |       |
| Apoyar la dispensación de medicamentos acorde con la formula medica presentada por el usuario                                                                                                                                                                                              | PROGRAMADO        | Realizo una atencion integral al usuario, orientandola de manera correcta y resolviendo sus inquietudes. |     |                                  |            | Formulas dispensadas hasta la fecha de ambulatorio 280 formulas, dispensadas y urgencias formulas: 58 |     |         |       |
| Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los Medicamentos entregados para su respectivo descargue                                                                                                                                              | PROGRAMADO        | Se realiza facturación                                                                                   |     |                                  |            | facturación de medicamentos ambulatorio 280 y urgencias 58                                            |     |         |       |
| Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos según en el procedimiento establecido                                                                                                                                                                                              | PROGRAMADO        | se apoya la gestión y conservación de los medicamentos                                                   |     |                                  |            | se realiza proceso de recepción y adecuado almacenamiento.-                                           |     |         |       |
| Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos a su cargo                                                                                                                                                                                                    | PROGRAMADO        | se realiza aseo del area de trabajo                                                                      |     |                                  |            | cuadro de limpieza semanal                                                                            |     |         |       |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de Legibilidad oportunidad e integridad                                                                                                                                                       | PROGRAMADO        | se diligencian los formatos adecuados y se llenan correctamente.                                         |     |                                  |            | formato de temperatura y humedad, control y limpieza de estantes.                                     |     |         |       |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la subred                                                                                                                                                                   | PROGRAMADO        | se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Calidad.                               |     |                                  |            | Mediante el cumplimiento de las normas                                                                |     |         |       |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento                                                                                                                                 | PROGRAMADO        | se realiza informe de actividades y certificación                                                        |     |                                  |            | informe cuenta de cobro y certificación.                                                              |     |         |       |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas                                                                                                                                                                                                      | PROGRAMADO        | Se responde por elementos de la farmacia                                                                 |     |                                  |            | se deja todo en orden al terminar el turno.                                                           |     |         |       |

|                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                                        |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Participar en las jornadas de capacitación inducción mesas de acreditación reuniones y eventos a las comunidades                                                                                                      | PROGRAMADO    | se asiste a capacitaciones.                                            | acta de asistencia                                                                    |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                                                                       | NO PROGRAMADO | 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                                                                                           | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación          | No se generaron productos                                                             |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales                                                                                                   | PROGRAMADO    | se apoya a la Subred por medio de actividades.                         | actas de asistencia.                                                                  |
| desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento de                                                                                              | PROGRAMADO    | se entregan actividades al supervisor del contrato.                    | informe de actividades.                                                               |
| Responder por los elementos entregarlos para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato                                                       | PROGRAMADO    | Se responde por elementos de la farmacia                               | Elementos existentes en farmacia.                                                     |
| Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio para consolidar la producción mensual del servicio                                                                         | PROGRAMADO    | Se registran las actividades diarias en formatos establecidos.         | Se registran los indicadores, controles de temperatura y humedad y limpieza del área. |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                 | PROGRAMADO    | Se entrega constancia de afiliación al pago de Seguridad Social.       | Certificado de pago.                                                                  |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                               | PROGRAMADO    | Se realizan actividades según contrato.                                | Informe de actividades e informes mensuales.                                          |
| Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen.                                                                                   | PROGRAMADO    | Se garantiza la calidad de los servicios.                              | cero quejas por parte de pacientes.                                                   |
| Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga                                                                                   | PROGRAMADO    | Se cumple las leyes y toda normatividad.                               | cumplimiento por parte del área, revisiones periódicas.                               |
| Conocer y aplicar las políticas institucionales.                                                                                                                                                                      | PROGRAMADO    | Se aplican políticas institucionales mediante revisiones periódicas.   | Auditorias de concurrencia.                                                           |
| Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos                                                                            | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación          | No se generaron productos                                                             |
| Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el | PROGRAMADO    | Se alista glosa del Fondo Financiero del periodo Agosto a Octubre 2017 | Se envían soportes de glosa de FFDS.                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                  |               |                                                               |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o                                                                | PROGRAMADO    | Se obra con lealtad en el desarrollo del presente contrato.   | Actividades desarrolladas en el contrato.                                                                    |
| Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato                                                                                                     | PROGRAMADO    | Pago de seguridad Social.                                     | planilla de pagado.                                                                                          |
| Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.                                                                                  | PROGRAMADO    | Se cumplen als guías y manuales.                              | Auditorias mensuales.                                                                                        |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la                                                                 | PROGRAMADO    | Se responde por recursos y elementos de la farmacia.          | Elementos en buen estado.                                                                                    |
| Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de                                                                                                                  | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos                                                                                    |
| Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por                                                                                              | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos                                                                                    |
| actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades           | PROGRAMADO    | Se realizan inducciones presenciales y virtuales.             | Pantallazos de inducciones.                                                                                  |
| Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se                                            | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos                                                                                    |
| salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred                         | PROGRAMADO    | Se protege la imagen de la Subred                             | No se realizan comentarios mal intencionados y se procura el bienestar institucional en el area de Farmacia. |
| En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos                                                                                    |
| El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud                                                                      | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos                                                                                    |
| Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad,                                 | NO PROGRAMADO | No se realizaron actividdaes relacionadas con esta obligacion | No se generaron productos                                                                                    |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los                                                                                              | PROGRAMADO    | Se aplican las normas de gestión ambiental.                   | Manejo Integral de residuos.                                                                                 |
| Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales                                                                                                           | PROGRAMADO    | Se cumplen los planes de emergencia.                          |                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                                                                        |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y | <b>NO PROGRAMADO</b> | No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación                          | No se generaron productos               |
| Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. .                                                                                                                                                                                     | <b>PROGRAMADO</b>    | Se realizan actividades según contrato.                                                | Se verifica en informes de actividades. |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.576.350 UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS</b>                                                                                                                                            |                      |                                                                                        |                                         |
| 102 Angeles Rueda Quintana<br><small>NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL</small><br>CONTRATISTA: _____                                                                                                                                                          |                      | Fecha : dd/mm/aaaa 30-04-2018<br><small>Firma de recibido</small><br>supervisor: _____ |                                         |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                     |                      |                                                                                        |                                         |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                             |        |                                   |                    |                                           |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN                         | TÉLEFONO           | CORREO                                    |
| CC                    | 52261937           | luz angelica riano quintero |        | calle 9 e 20 23 manz 4<br>casa 15 | 8221941            | luzangelicar75@hotmail.com                |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| UNICA                 | I = Independiente  |                             |        | CUNDINAMARCA                      | ELIZONA            |                                           |
|                       |                    |                             |        |                                   |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|                       |                    |                             |        |                                   |                    | Nº                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |               |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1             |
|                      |                                    |               |                           |                 | 0             |
|                      |                                    |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2018-10              | 2018-10                            |               | 25/10/2018                | 30787755        | \$241,800     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |                 |             |                        |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre          | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS002        | Salud Total EPS | 800130907-4 | 97.700                 |

| UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cotización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                          |                   |               |               |
| 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                        | 0                 | 97.700        | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSION |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |                      |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Colización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora Colización | Valor Mora Colización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Povernit | 800224908-8 | 125,000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0                    | 0                     |                | 125,000       | 4             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |           |             |                        |                  |       |                        |                            |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|-----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización Mora | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |           |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                            |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-28                     | ARP Surra | 800255161-9 | 19.100                 |                  |       |                        | 19.100                     | 0                   | 0                          | 19.100              | 191               | 19.100        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 97,700                              | 97,700         |
| Pensión                | 1                              | 125,000                             | 125,000        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 19,100                              | 19,100         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>241,800</b>                      | <b>241,800</b> |



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |                                |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    | DIRECCIÓN                      |
| CC                  | 52261937          | luz angelica riano quinero          | calle 9 c 20 23 manz 4 casa 15 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO                         |
| UNICA               | I - Independiente |                                     |                                |
|                     |                   | DEPARTAMENTO                        | CUIDAD / MUNICIPIO             |
|                     |                   | CUNDINAMARCA                        | FUNZA                          |
|                     |                   | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                                |
|                     |                   | NO                                  |                                |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESIANO) | NÚMERO PLANILLA |
|                      |                                  |               |                         |                 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 |
| 2018-10              | 2018-10                          | 1             | 25/10/2018              | 30781755        |
| TOTAL A PAGAR        |                                  |               |                         | \$241.800       |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |    |    |    |       |    |    |                   |    |    |    |     |    |    |              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|----|----|----|----|-------|----|----|-------------------|----|----|----|-----|----|----|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| INFORMACION COTIZANTE |      |                       | INFORMACION NOVEDADES |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PENSION  |    |    |    |    | SALUD |    |    | RIESGOS LABORALES |    |    |    | CCF |    |    | PARAFISCALES |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | COMERCIO | RL | VC | AV | VA | LA    | NE | SL | ST                | ST | ST | ST | ST  | ST | ST | ST           | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST | ST |

PAGADA

Bogotá, Noviembre 16 de 2018

Señora:

RIANO QUINTERO LUZ ANGELICA  
CC. 52261937 CL 59A 75H 45SUR - 7782600  
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 9 de 2002. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre                           | Documento  | Tipo | Afiliación  | Sem cot | Sem Ant | Parentesco            | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|----------------------------------|------------|------|-------------|---------|---------|-----------------------|-------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| CASTIBLANCO RIANO PABLO ESTEBAN  | 1000729208 | T    | May-28-2002 | 403     | 0       | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| CASTIBLANCO RIANO MIGUEL ANDRES  | 1024574722 | R    | Sep-28-2014 | 130     | 0       | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| RIANO QUINTERO LUZ ANGELICA      | 52261937   | C    | Dic-9-2002  | 390     | 0       | SEGUNDO COTIZANTE     | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |
| CASTIBLANCO CABRERA PABLO EMILIO | 79209908   | C    | Oct-18-2000 | 463     | 0       | COTIZANTE             | VIGENTE           |                            |               | Ninguna      |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante    | Usuario en contrato | Tipo de contrato                                   | Estado de contrato |
|-------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| COOPMEGAR CTA                 | 52261937            | Dependiente                                        | CERRADO            |
| COOPMEGAR CTA                 | 52261937            | Dependiente                                        | CERRADO            |
| EXTRAS SA                     | 52261937            | Dependiente                                        | CERRADO            |
| INSTITUTO FRANKLIN DROOSEVELT | 52261937            | Dependiente                                        | CERRADO            |
| LUZ ANGELICA RIANO QUINTERO   | 52261937            | Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m | VIGENTE            |
| LUZ ANGELICA RIANO QUINTERO   | 52261937            | Trabajador Independiente                           | CERRADO            |
| LUZ ANGELICA RIANO QUINTERO   | 52261937            | Trabajador Independiente                           | CERRADO            |
| LUZ ANGELICA RIANO QUINTERO   | 52261937            | Trabajador Independiente                           | CERRADO            |
| LUZ ANGELICA RIANO QUINTERO   | 52261937            | Trabajador Independiente                           | CERRADO            |
| LUZ ANGELICA RIANO QUINTERO   | 52261937            | Trabajador Independiente                           | CERRADO            |
| MACROMED SAS                  | 52261937            | Dependiente                                        | CERRADO            |

### CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ  
Director de Recaudo y Compensación  
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.  
NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **LUZ ANGELICA RIAÑO QUINTERO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52,261,937**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Noviembre de 2018.

---

Gerente de Clientes

Medellín, 16 de noviembre de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que LUZ ANGELICA RIAÑO QUINTERO identificado(a) con cédula de ciudadanía 52261937 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 15/07/2017

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.artsura.com.co](http://www.artsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C522619371832048858

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

16/11/2018 1.34 PM