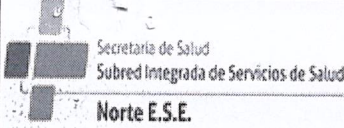
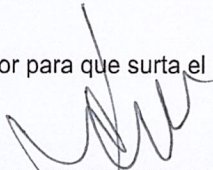
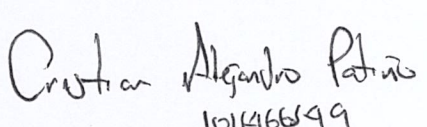


|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------|
|                                                                                                                                                                                      |                  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br/>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |                    |                                 |                            | <b>CÓDIGO: AP-CT-F-16-05</b> |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br/>E.S.E</b>                           |                    |                                 |                            | <b>VERSIÓN: 5</b>            |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            | <b>PÁGINA: 1 DE 1</b>        |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            | <b>FECHA: 16/02/2018</b>     |                   |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                  | <b>PATÍÑO RODRIGUEZ CRISTIAN ALEJANDRO</b>                                              |                    |                                 |                            |                              | <b>235704</b>     |
| <b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                  | <b>Cedula</b>                                                                           |                    | <b>No.</b>                      |                            | <b>1015466549</b>            |                   |
| <b>CORREO</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |                  | <b>crpatino@udca.edu.co</b>                                                             |                    | <b>CELULAR</b>                  |                            | <b>3118283818</b>            |                   |
| <b>PROCESO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                  | <b>Hospitalización</b>                                                                  |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | <b>Hospitalización</b>                                                                  |                    | <b>UNIDAD:</b>                  |                            | <b>Simon Bolivar</b>         |                   |
| <b>CENTRO DE COSTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                  | <b>Centro de costo</b>                                                                  | <b>%</b>           | <b>Centro de costo</b>          | <b>%</b>                   | <b>Centro de costo</b>       | <b>%</b>          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  | <b>J03</b>                                                                              |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>BANCO</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                  | <b>4</b>                                                                                |                    | <b>TIPO CUENTA</b>              |                            | <b>AHORROS</b>               |                   |
| <b>NUMERO CUENTA BANCARIA</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                  | <b>91218786486</b>                                                                      |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                             |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b>                                                                                                                                                                                                                               |                  | <b>5656-2022</b>                                                                        |                    | <b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO</b> |                            |                              |                   |
| <b>NÚMERO DE CDP: 1</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>2158</b>      | <b>FECHA</b>                                                                            | <b>19/08/2022</b>  | <b>NÚMERO DE CRP: 1</b>         | <b>41455</b>               | <b>FECHA</b>                 | <b>31/08/2022</b> |
| <b>NÚMERO DE CDP: 2</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>2537</b>      | <b>FECHA</b>                                                                            | <b>01/10/2022</b>  | <b>NÚMERO DE CRP: 2</b>         | <b>47051</b>               | <b>FECHA</b>                 | <b>01/10/2022</b> |
| <b>NÚMERO DE CDP: 3</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>2768</b>      | <b>FECHA</b>                                                                            | <b>26/10/2022</b>  | <b>NÚMERO DE CRP: 3</b>         | <b>48622</b>               | <b>FECHA</b>                 | <b>26/10/2022</b> |
| <b>NÚMERO DE CDP: 4</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>3348</b>      | <b>FECHA</b>                                                                            | <b>12/12/2022</b>  | <b>NÚMERO DE CRP: 4</b>         | <b>56434</b>               | <b>FECHA</b>                 | <b>12/12/2022</b> |
| <b>OBJETO: MEDICO GENERAL</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>PERIODO CERTIFICADO</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                                                                         | <b>DESDE</b>       | <b>DIA</b>                      | <b>MES</b>                 | <b>AÑO</b>                   | <b>HASTA</b>      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                                                                         |                    | <b>01</b>                       | <b>12</b>                  | <b>2022</b>                  | <b>31</b>         |
| <b>TIPO SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                                                                         | <b>Asistencial</b> |                                 | <b>RESERVA DE GLOSA 2%</b> |                              | <b>0</b>          |
| <b>VALOR MES</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | <b>6,501,444 VALOR LETRAS</b>                                                           |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>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.</b> |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>CONCEPTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                                                                         |                    | <b>VALORES</b>                  |                            |                              |                   |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                                                                         |                    | <b>26,616,772</b>               |                            |                              |                   |
| <b>VALOR EJECUTADO:</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                                                                         |                    | <b>23,663,858</b>               |                            |                              |                   |
| <b>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                                         |                    | <b>6,081,996</b>                |                            |                              |                   |
| <b>TOTAL HORAS CONTRATADAS:</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                                                                         |                    | <b>186</b>                      |                            |                              |                   |
| <b>TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:</b>                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                                                                         |                    | <b>174</b>                      |                            |                              |                   |
| <b>VALOR A LIBERAR:</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                                                                         |                    | <b>0</b>                        |                            |                              |                   |
| <b>SALDO POR EJECUTAR:</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                                                                         |                    | <b>2,952,914</b>                |                            |                              |                   |
| <b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                                                                         |                    | <b>88.91 %</b>                  |                            |                              |                   |
| <b>El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:</b>                                                                                                                                                                                                      |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.</b>                 |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>PLANILLA</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VALOR EPS</b> | <b>VALOR AFP</b>                                                                        | <b>RIES</b>        | <b>VALOR ARL</b>                | <b>VALOR CAJA</b>          | <b>TOTAL PLANILLA</b>        |                   |
| <b>9444061179</b>                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>304,100</b>   | <b>389,300</b>                                                                          | <b>3</b>           | <b>59,300</b>                   | <b>0</b>                   | <b>752,700</b>               |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>0</b>         | <b>0</b>                                                                                |                    | <b>0</b>                        | <b>0</b>                   |                              |                   |
| <b>CERTIFICADO UNIDAD ENGATIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |
| <b>El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.</b>                                                                                                                 |                  |                                                                                         |                    |                                 |                            |                              |                   |

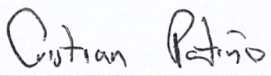
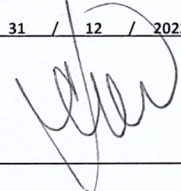
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

  
**VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA**  
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

  
**PATÍÑO RODRIGUEZ CRISTIAN ALEJANDRO**  
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|------------|------------|-------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                         | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                           |                              | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                |            |            |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b><br><b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b> |                              | VERSIÓN: 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                |            |            |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                              | PÁGINA : 1 DE 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                |            |            |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FECHA: 19/05/2022 |                                |            |            |             |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |                              | <b>UNIDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   | <b>UMHES ENGATIVA CALLE 80</b> |            |            |             |
| <b>No. DE CONTRATO: 5656-2022</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                              | <b>PERIODO CERTIFICADO</b>   | <b>Día</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Mes</b>        | <b>Año</b>                     | <b>Día</b> | <b>Mes</b> | <b>Año</b>  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                              |                              | <b>01</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>12</b>         | <b>2022</b>                    | <b>31</b>  | <b>12</b>  | <b>2022</b> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: PATIÑO RODRIGUEZ CRISTIAN ALEJANDRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              | <b>DOCUMENTO: 1015466549</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                |            |            |             |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como <b>MÉDICO GENERAL</b> dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b> de acuerdo a las necesidades de la institución.                                                                                                                      |                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                |            |            |             |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                |            |            |             |
| <b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                              | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                |            |            |             |
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              |                                                                                              |                              | 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              |                   |                                |            |            |             |
| 2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. |                                                                                              |                              | 2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. |                   |                                |            |            |             |
| 3. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                              | Realizar la valoración médica de los pacientes, ronda médica y evoluciones, órdenes médicas, incapacidades, ayudantía en procedimientos quirúrgicos.                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                |            |            |             |
| 4. Realizar oportuna entrega y recibo de turno de acuerdo a las políticas institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                              |                              | Diligenciar diariamente el registro de entrega y recibo de turno. Realizar adherencia al instructivo de entrega de turno.                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                |            |            |             |
| 5. Realizar los ingresos, egresos y reporte de base de RIAS de los servicios hospitalarios y quirúrgicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |                              | Realiza los ingresos, egresos y registros en la base de RIAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                |            |            |             |
| 6. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. Realizar las respectivas órdenes médicas POS y NO POS.                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                              | Se registra la prescripción en la plataforma MIPRES de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos No POS, cuando la patología del paciente así lo requiere oportunamente.                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                |            |            |             |
| 7. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |                              | Realizar reporte y seguimiento a indicios de atención insegura, IACS, Complicaciones; y demás actividades propias de la especialidad.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                |            |            |             |
| 8. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |                              | Realiza los cursos y capacitaciones que promociona la Subred Norte ESE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                |            |            |             |
| 9. Reporte obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo a la Resolución No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |                              | Reporte de eventos de importancia de salud pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                |            |            |             |
| 10. En caso de presentarse alguna eventualidad que le impida cumplir con la agenda previamente programada (turnos hospitalarios), el profesional deberá informar la eventualidad con la debida antelación posible al referente o al director del proceso.                                                                                                                                               |                                                                                              |                              | Notificación oportuna de novedades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                |            |            |             |
| <b>OBSERVACIONES: 174 HORAS CERTIFICADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                |            |            |             |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$6081996) Seis Millones Ochenta y Un Mil Novecientos Noventa y Seis Pesos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                |            |            |             |
| <br>PATIÑO RODRIGUEZ CRISTIAN ALEJANDRO<br>CC. 1015466549                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              |                              | Fecha : <u>31 / 12 / 2022</u><br><br>Firma de recibido supervisor: _____                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                |            |            |             |
| <b>Nota:</b> Este informe de obligaciones para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                |            |            |             |



# contrato 5656

1740

| TOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                     |                 |                    |                                      |                     |          |                       |  |
|-----------------------------|----|-------------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|--|
| Identificación              | dv | Razon Social                        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                            | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |  |
| 01546549                    |    | PATINO RODRIGUEZ CRISTIAN ALEJANDRO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | KR 111C86A-48; Interior 11, Apto 101 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 2480778  | No                    |  |

| TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |      |            |            |             |           |           |  |
|---------------------------------|---------|------------|------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|--|
| Periodo                         | Salud   | Clave      | Tipo | Fecha      | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor     |  |
| 1-11                            | 2022-11 | 1803692358 | I    | 2022/12/13 | 2022/12/12 | BANCOLOMBIA | 0         | \$752,700 |  |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES |            |                  |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |        |             |           |             |           |             |           |             |           |      |     |        |        |       |     |
|----------------------------------|------------|------------------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|--------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------|-----|--------|--------|-------|-----|
| EMPLEADO                         |            |                  |     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |        |             | PENSION   |             |           |             | SALUD     |             |           |      | CCF |        |        |       |     |
| Identificación                   | Nombre     | ing              | ret | tdc       | tac | tdp | tap | osp | cor | sin | lge | lma | loc | avp | vct | lrl | vip   | Codigo | Dias        | IBC       | Aporte      | Codigo    | Dias        | IBC       | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias  |     |
| ICC                              | 1015466549 | PATINO RODRIGUEZ |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 25-14 | 30     | \$2,432,798 | \$389,300 | EP5017      | 30        | \$2,432,798 | \$304,100 |             |           |      |     |        |        | 14-11 | 30  |
|                                  |            | CRISTIAN         |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |        |             |           |             |           |             |           |             |           |      |     |        |        |       |     |
|                                  |            | ALEJANDRO        |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |        |             |           |             |           |             |           |             |           |      |     |        |        |       |     |
| Afiliados( 1)                    |            |                  |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |        |             |           | \$2,432,798 | \$389,300 |             |           | \$2,432,798 | \$304,100 |      |     |        |        |       | \$0 |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                     |                 |                    |                                       |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                             | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1015466549                 |    | PATINO RODRIGUEZ CRISTIAN ALEJANDRO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | KR 111C#86A-48; Interior 11, Apto 101 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |            |            |      |            |             |                 |
|-----------------------------------|------------|------------|------|------------|-------------|-----------------|
| Periodo                           | Clave      |            | Tipo | Fecha      |             | Pago            |
|                                   | Salud      | Pago       |      | Limite     | Pago        |                 |
| 2022-11                           | 1803692358 | 9444061179 | 1    | 2022/12/13 | 2022/12/12  | 0               |
|                                   |            |            |      |            | BANCOLOMBIA |                 |
|                                   |            |            |      |            |             | Valor \$752,700 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO                   |  | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|--|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |  |        |             |    | 1         | \$389,300       | \$0            | \$0                    | \$389,300     |
| COLPENSIONES             |  | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$389,300       | \$0            | \$0                    | \$389,300     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |  |        |             |    | 1         | \$59,300        | \$0            | \$0                    | \$59,300      |
| ARL SURA                 |  | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$59,300        | \$0            | \$0                    | \$59,300      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |  |        |             |    | 1         | \$304,100       | \$0            | \$0                    | \$304,100     |
| FAMISANAR                |  | EPS017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$304,100       | \$0            | \$0                    | \$304,100     |
| TOTAL                    |  |        |             |    | 1         | \$752,700       | \$0            | \$0                    | \$752,700     |