

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----|---------------|------------|-------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                     |                           |                          | Versión                                                          |                         | 3               |               |  |             |     |               |            |                         |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                     |                           |                          | Fecha de aprobación                                              |                         | 2/15/2018       |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                     |                           |                          | Código:                                                          |                         | 04-02-FO-0002   |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |                           |                          | Milena Paola Garcia Soba                                         |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                     |                           |                          | C.C                                                              |                         | X               |               | C.E                                                                                 |             | No. |               | 1033712216 |                         |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |                           |                          | pspaolaga387@gmail.com                                           |                         |                 |               |                                                                                     | CELULAR:    |     | 7609777       |            |                         |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                     |                           |                          | SUBRED                                                           |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |                           |                          | PIC ESPACIO DE VIVIENDA INSTITUCIONAL SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                         |                 |               |                                                                                     | SEDE:       |     | SUBRED        |            |                         |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo     | %                         |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | FO09K27-2           | 100                       |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO FALABELLA S A |                           |                          |                                                                  |                         | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO                                                                              |             |     |               |            |                         |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                     | 111200376378              |                          |                                                                  |                         |                 |               | PENSIONADO                                                                          |             | NO  |               |            |                         |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                     | 1696                      |                          |                                                                  |                         | VIGENCIA        |               |                                                                                     | 2024        |     |               |            |                         |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 684                 |                           | FECHA                    |                                                                  | 2024-02-28 00:00:00.000 |                 | NÚMERO DE CRP |                                                                                     | 20174       |     | FECHA         |            | 2024-03-06 00:00:00.000 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                     | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                     |                           | DESDE                    |                                                                  | FECHA INICIAL           |                 | HASTA         |                                                                                     | FECHA FINAL |     |               |            |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                     |                           |                          |                                                                  | 2024-02-01              |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                     |                           |                          |                                                                  | \$3,998,070             |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |  | PIC                 |                           | RESERVA DE GLOSA 0%      |                                                                  |                         |                 | N/A           |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 | \$4,797,684   |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 | \$3,998,070   |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 | \$3,998,070   |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 | \$0           |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 | \$799,614     |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 | 83%           |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           |  | IBC DE COTIZACION   |                           | APORTE A SALUD 12.5% IBC |                                                                  | APORTE PENSION 16% IBC  |                 | NIVEL ARL     |                                                                                     | APORTE ARL  |     | TOTAL APORTES |            |                         |  |
| 74172554                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$1,599,228         |                           | \$199,904                |                                                                  | \$255,876               |                 | 3             |                                                                                     | \$38,957    |     | \$494,737     |            |                         |  |
| Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| ISLENA TORRES ACOSTA<br>51840427<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                               |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |  |                     |                           |                          |                                                                  |                         |                 |               |                                                                                     |             |     |               |            |                         |  |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRODUCTOS                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Realizar proceso de caracterización socio ambiental en los 40 hogares comunitarios de bienestar familiar de la localidad de Kennedy a fin de identificar riesgos que se presenten en el hcb así como las condiciones de salud de cada uno de los niños y niñas que hacen parte del mismo. se realizarán las siguientes acciones:<br>Captura de información de contacto, ubicación y conformación del HCB, así como información de cada uno de los integrantes de este. Identificación de factores protectores y deteriorantes propios del HCB, Identificación y análisis de las condiciones de salud y desarrollo infantil de los niños y niñas incluyendo identificación de estado de afiliación al Sistema de Seguridad Social Toma de medidas antropométricas de todos los niños y niñas de 0 a 5 años, Evaluación del desarrollo infantil a través de la aplicación de la Escala Abreviada de Desarrollo V3 en la población de 0 a 5 años | formato de caracterización                                       |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Dar cumplimiento al 100% de las caracterizaciones de los 40 hogares de bienestar familiar de la localidad de Kennedy en donde se realizó la respectiva<br>• identificación de necesidades y riesgos que se presentan en el HCB, así como las condiciones de salud de cada uno de los niños y niñas que hacen parte del mismo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | formato de caracterización dispuesto para tal fin                |
| Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS                                                                                                                                                                                                                                       | Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB en donde se garantice la respectiva gestión del riesgo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | • Formato de Activación de ruta - Notificación vía Email         |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Notificación de eventos en interés en salud pública del proceso acorde a los riesgos identificados y SIRC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | • Diligenciamiento del formato correspondiente y envió vía email |
| Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Notificación de casos identificados de acuerdo a la necesidades de población abordada en los HCB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | • Diligenciamiento del formato correspondiente y envió vía email |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Reforzar en la líderes de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | • Diligenciamiento de acta                                       |
| Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | En el mes febrero no se programó actividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | • En el mes de febrero no se programó actividad                  |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.                                                                                                                                                                     | Entrega de caracterizaciones socio ambientales, previamente registrados manteniendo la calidad de la información                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | • Formatos de caracterización socio ambiental                    |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.                                                                                               | Se presentan actividades al 100% bajo la supervisión y revisión del profesional de apoyo con la calidad y en los tiempos esperados. Se asume 100% glosa si se determinan inconsistencias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | • Formatos de caracterización,                                   |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                             | Participación en reunión de equipo, conversatorios, apropiación conceptual de lineamientos y asistencias técnicas programadas por SDS para el día 28 de febrero de 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | • Listados de asistencia, que den cuenta de la participación     |

ISLENA TORRES ACOSTA  
51840427  
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                          |        |                             |                    |                      | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|--------------------------|--------|-----------------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO               |                                           |
| CC                    | 1033712216         | MILENA PAOLA GARCIA SOBA |        | CL 51A SUR N 1 B 45<br>ESTE | 7609777            | paolaga387@gmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL       | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                          |        | BOGOTÁ D. C.                | BOGOTÁ, D.C.       |                      |                                           |
|                       |                    |                          |        |                             |                    |                      | SI                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                    |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                    |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-01              | 2024-01                            | I             | 12/02/2024               | 74172554        | \$495.300     |     |

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                          |                   |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | 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 |           |                          |                   |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 186.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 6         | 1.100                    | 0                 | 188.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 239.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 6         | 1.300                 | 0              | 240.500       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 36.500                 |                  |       |                        | 36.500                | 6         | 200                   | 36.700              |                            |                     | 365               | 36.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte |           |                   |               |               |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 29.900       | 6         | 200               | 30.100        | 1             |

| 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 |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 186.900                             | 188.000       |
| Pensión                | 1                              | 239.200                             | 240.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 36.500                              | 36.700        |
| CCF                    | 1                              | 29.900                              | 30.100        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 4                              | 492.500                             | 495.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1033712216        | MILENA PAOLA GARCIA SOBA |        | CL 51A SUR N 1 B 45 ESTE | 7609777            | paolaga387@gmail.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                          |        |                          |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                          |        |                          |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-01              | 2024-01                           | I             | 12/02/2024               | 74172554        | \$495.300     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |     |     |     |     |    |            |           |         |            |                      |                      |                                |                                 |           |         |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|-----|-----|-----|-----|----|------------|-----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |     |     |     |     |    |            | SALUD     |         |            | RIESGOS LABORALES    |                      |                                | CCF                             |           |         | PARAFISCALES           |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres      | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE     | MAA | MAA | APP | VCT | RL | CORRECCIÓN | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS  | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL  | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1033712216            | GARCIA SOBA MILENA PAOLA | 59        | 0       | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |     |     |     |     |    | 230201     | 1.494.700 | 239.200 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | EPS008                          | 1.494.700 | 186.900 | 14-11                  | 1.494.700 | 3       | 36.500          | CCF24      | 1.494.700  | 29.900  | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           |            |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                          |        |                          |                    |                      |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                                  | 1033712216        | MILENA PAOLA GARCIA SOBA |        | CL 51A SUR N 1 B 45 ESTE | 7609777            | paolaga387@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                      |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                          |        |                          |                    | SI                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
| 74172554             | 12/02/2024                        |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 10            |
| 2024-01              | 2024-01                           | N             | 08/03/2024               | 75418709        | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$35.500      |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 13.100                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 31        | 400                   | 0              | 13.500        | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 16.700                 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 31        | 500                   | 0              | 17.200        | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 2.500                  |                  |       |                        | 2.500                 | 31        | 100                   | 2.600               |                            |                     | 25                | 2.600         | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 2.100        | 31        | 100               | 2.200         | 1             |

| 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 |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 13.100                              | 13.500        |
| Pensión                | 1                              | 16.700                              | 17.200        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 2.500                               | 2.600         |
| CCF                    | 1                              | 2.100                               | 2.200         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 34.400                              | 35.500        |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1033712216        | MILENA PAOLA GARCIA SOBA |        | CL 51A SUR N 1 B 45 ESTE | 7609777            | paolaga387@gmail.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                          |        |                          |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                          |        |                          |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
| 74172554             | 12/02/2024                        |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-01              | 2024-01                           | N             | 08/03/2024               | 75418709        | \$35.500      |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                          |           |        |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    |       |    |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------|-----------|--------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                          |           |        |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |    |    |    |    | SALUD |    |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres      | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IDE     | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1033712216            | GARCIA SOBA MILENA PAOLA | 59        | 0      | N         |                 |     |     |                       |     |     |     | X   |     |      |         |    |    |    |    |    |    |       |    | 230201   | 1.599.228         | 255.900    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008       | 1.599.228 | 200.000                | 14-11    | 1.599.228 | 3               | 39.000     | CCF24      | 1.599.228 | 32.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 2/2024

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MILENA PAOLA GARCIA SOBA

C.C. 1033712216 DE BOGOTÁ

La suma de \$ 3.998.070 Tres millones novecientos noventa y ocho mil setenta pesos M/CTE, por concepto de: Profesional en Psicología -Profesional universitario 2, durante el periodo del 01 de febrero al 29 de febrero de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1696-2024.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'MPGE', is centered on the page.

MILENA PAOLA GARCIA SOBA

C.C. 1033712216 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO FALABELLA

NÚMERO 111200376378