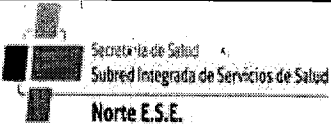


|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                             |                       |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------|
|                                                                                                                                                                               | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                             | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           |                             | VERSIÓN: 5            |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                             | PÁGINA: 1 DE 1        |                  |
| FECHA: 16/02/2018                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                             |                       |                  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                 |                             |                       |                  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | ESPINEL CASTRO LAURA ANDREA |                       | 269273           |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           | Cedula                                                                          | No.                         | 1049621473            |                  |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       | lauespicastro@gmail.com                                                         | CELULAR                     | 3103005588            |                  |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     | EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA                                                     |                             |                       |                  |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    | EQUIPOS DE ATENCIÓN EN UNIDAD: Fray                                             |                             |                       |                  |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             | Centro de costo                                                                 | %                           | Centro de costo       | %                |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | A00                                                                             |                             |                       |                  |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                        | 28                                                                              | TIPO CUENTA                 | SIN CUENTA            |                  |
| NUMERO CUENTA BANCARIA 0                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                             |                       |                  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                             |                       |                  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 5210-2023                   |                       |                  |
| N° DE PAGOS DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                             |                       |                  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             | 1178                                                                            | FECHA                       | 08/05/2023            | NÚMERO DE CRP: 1 |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                             |                       | 22443            |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             | 1495                                                                            | FECHA                       | 14/06/2023            | NÚMERO DE CRP: 2 |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                             |                       | 27009            |
| OBJETO: PROFESIONAL EN ENFERMERIA                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                             |                       |                  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 | DESDE                       | DIA                   | MES              |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                             | 01                    | 06               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                             | 2023                  |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 | HASTA                       | DIA                   | MES              |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                             | 30                    | 06               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                             | 2023                  |                  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               | PIC                                                                             | RESERVA DE GLOSA 2%         | 0                     |                  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    | 4,613,064                                                                       | VALOR LETRAS                |                       |                  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                                                                                 |                             |                       |                  |
| CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                             |                       |                  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | VALORES                     |                       |                  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | 8,047,791                   |                       |                  |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 8,047,791                   |                       |                  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 | 4,613,064                   |                       |                  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | 184                         |                       |                  |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 | 184                         |                       |                  |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | 0                           |                       |                  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 | 0                           |                       |                  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | 100.00 %                    |                       |                  |
| 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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                 |                                                                                 |                             |                       |                  |
| PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR EPS                                                                       | VALOR AFP                   | RIES                  | VALOR ARL        |
| 68541464                                                                                                                                                                                                                                                     | 171,800                                                                         | 219,900                     | 3                     | 33,500           |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                               | 0                           |                       | 0                |
| TOTAL PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |                             |                       |                  |
| 425,200                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                             |                       |                  |
| El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.                                                                                                                 |                                                                                 |                             |                       |                  |

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

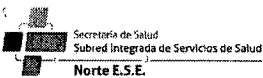
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ESPINEL CASTRO LAURA ANDREA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

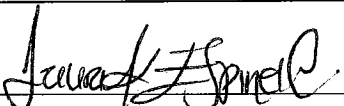
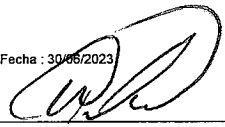
Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                  |  |                                                                                |  |                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
|  |  | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>             |  | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 |  |
|                                                                                  |  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |  | VERSIÓN: 3            |  |
|                                                                                  |  |                                                                                |  | PÁGINA : 1 DE 1       |  |
|                                                                                  |  |                                                                                |  | FECHA: 19/05/2022     |  |

|                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |                            |  |                             |  |  |
|----------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------|--|-----------------------------|--|--|
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO:</b>        |  | <b>Equipos de Atención en Casa y relevo</b>                                                                                                                                                                                                              |  |  | <b>UNIDAD:</b>             |  | <b>SALUD PUBLICA FERIAS</b> |  |  |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>          |  | <b>5210-2023</b>                                                                                                                                                                                                                                         |  |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b> |  | <b>1/06/2023</b>            |  |  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>    |  | <b>SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ</b>                                                                                                                                                                                                                   |  |  | <b>1/06/2023</b>           |  | <b>30/06/2023</b>           |  |  |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>   |  | <b>Laura Andrea Espinel Castro</b>                                                                                                                                                                                                                       |  |  | <b>DOCUMENTO:</b>          |  | <b>1049621473</b>           |  |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>      |  | <b>Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL EN ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución</b> |  |  |                            |  |                             |  |  |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ):</b> |  | <b>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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de encuestas y modulos con temas de calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar diligenciamiento en los formularios, instrumentos, formas documentales institucionalizadas por la subred, que se requieran por la atención individual de los usuarios, como historia clínica, y por las demás acciones de su perfil. Dando cumplimiento a la gestión documental según normatividad.</li> <li>Realizar la valoración integral de cada individuo de acuerdo a la Lex Artis según su profesión., teniendo en cuenta lo que incluye en el abordaje biopsicosocial de los usuarios, lo que se refleja no solo en la resolución de eventos meramente biológicos sino también en el bienestar familiar, comunitario, laboral y ambiental. Todo este propósito se logra con la correcta elaboración de la historia clínica, lo que permite la identificación del riesgo individual con enfoque diferencial y por cursos de vida, actividades de promoción y mantenimiento de la salud por cursos de vida, consultas resolutivas (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación) y elaborar un plan de manejo que se integrará al plan de cuidado familiar.</li> <li>Realizar en el formato de historia clínica definido por la subred, y cuando sea el caso, en los formatos diseñados para cada ruta integral de atención en salud RIAS,</li> <li>Identificar Problemas de Salud Mental, con sus correspondientes motivos, y derivar hacia el profesional de Psicología, para que se realice el agendamiento de dicha consulta.</li> <li>Establecer si alguno(s) de los miembros del grupo familiar cumple con los criterios de inclusión y priorización de cuidadores ya sea que se encuentre en el hogar abordado o lo haga en otro domicilio, para lo cual informará al líder operativo territorial para que éste a su vez remita la informacional líder de relevos y sea incluido dentro de la estrategia de Relevos a Cuidadores en Domicilio.</li> <li>Diligenciar correctamente los códigos CIE-10 según su impresión diagnóstica, esto con el fin de garantizar no solo la calidad de la historia clínica sino también los procesos de análisis de datos de morbilidad.</li> <li>Realizar la consulta de promoción y mantenimiento de la salud (Resolución 3280 /2018). Si se identifica que un miembro de la familia tiene un motivo de consulta específico que requiere valoración y también requiere acciones de promoción y mantenimiento de la salud, se podrán abrir dos folios de historia clínica distintos, uno para cada atención para poder diferenciar la finalidad de la consulta.</li> <li>Realizar recomendación, comunicarse telefónicamente con el médico especialista de la Subred, quien realizará teleasistencia para fortalecer la resolutividad de la atención. Este apoyo deberá quedar registrado como soporte de la atención del profesional de la salud que solicitó la teleasistencia.</li> <li>Identificar que en la familia (hogar) existen usuarios que correspondan a población priorizada y que durante la visita no se encuentran presentes, el profesional de salud deberá agendar un control llamando al profesional de agendamiento del grupo de</li> </ul> |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Se realiza valoración integral a integrantes de las familias que permiten el ingreso del profesional de enfermería quienes residen en las manzanas priorizadas del territorio 40 de la localidad de Usaquen.</li> <li>Se realiza plan de cuidado familiar y reporte de atención individual de acuerdo a los riesgos identificados en cada integrante valorado y que hace parte de la familia.</li> <li>Se realiza diligenciamiento del plan de cuidado definido por Secretaría Distrital de Salud, acorde a los compromisos establecidos con la familia, y la educación brindada por curso de vida a cada integrante de la misma, teniendo en cuenta los riesgos y las líneas de atención en salud dispuestas a nivel distrital.</li> <li>Remisión de familias a profesional de psicología acorde a los riesgos en salud mental identificados durante la valoración integral, reportando ID, nombre completo de quien requiere la intervención, Teléfono, Dirección y el motivo por el cual se solicita el acompañamiento y seguimiento por parte del profesional de psicología.</li> <li>Se remite pacientes a vacunadora de equipos de atención en casa para aplicación de dosis anual de influenza y neumococo, o completar esquemas en menores de 13 años de edad, únicamente quienes permiten dicha remisión.</li> <li>Se realiza diligenciamiento de historias clínicas del total de personas valoradas integralmente en el servidor dispuesto por la Subred</li> </ol> |  |

|                                                    |  |                                                                     |  |
|----------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)</b> |  | <b>\$4.613.064</b>                                                  |  |
|                                                    |  | <b>CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS</b> |  |

|                                                                                     |  |                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | <b>Fecha : 30/06/2023</b>                                                             |  |
| <b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</b>                             |  | <b>Firma de recibido supervisor:</b>                                                  |  |
| <b>Laura Andrea Espinel Castro</b>                                                  |  |  |  |
| <b>CC</b>                                                                           |  | <b>1049621473</b>                                                                     |  |

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |              |                    |                         |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|--------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                  |
| CC                  | 1049621473        | LAURA ANDREA ESPINEL CASTRO |        | KR 5 45 30   | 47439840           | laurespicastr@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                         |
| UNICA               | I - Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.        |                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |               |           |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|---------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMES/AÑO) | CANTIDAD      |           |
|                      |                                  |               |                         | EMPL/EAOS     | UPC       |
|                      |                                  |               |                         | 1             | 0         |
| 2023-05              | 2023-05                          | I             | 14/05/2023              | 66541464      | \$425.200 |
|                      |                                  |               |                         | TOTAL A PAGAR |           |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |           |             |                        |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 171.800                |

| Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cotización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|-----------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|           |                  |       |                     |       |           |                          |                   |               |               |
|           | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                          |                   |               |               |
| 0         |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                        | 171.800           | 1             |               |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 219.900                |

| Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cobtización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|------------------------|----------------|---------------|---------------|
| 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                      |                | 219.900       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |              |                        |
|---------------------------|----------|--------------|------------------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT          | Colización Obligatoria |
| 14-11                     | ARL SURA | 8904903740-5 | 33.500                 |

| Cuentas | 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 |
|---------|------------------------|-------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
|         |                        | Valor |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|         |                        |       | 33.500                | 0         | 0                     | 33.500              |                            |                     | 335               | 33.500        |               |

| TOTALES CAJAS |        |
|---------------|--------|
| Código CCF    | Nombre |

| NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | Nº. Afiliados |
|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|     |              |           |                   |               |               |

| 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, IPR y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 171.800                             | 171.800        |
| Pensión                | 1                              | 219.900                             | 219.900        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 33.500                              | 33.500         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>425.200</b>                      | <b>425.200</b> |