

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                       |                                                       |                         |                     |               |             |                                                                                                                              |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|---------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                   |                                       |                                                       |                         | Versión             | 3             |             |  <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div> |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                       |                                                       |                         | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |             |                                                                                                                              |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                       |                                                       |                         | Código:             | 04-02-FO-0002 |             |                                                                                                                              |                               |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                       |                                                       |                         |                     |               |             |                                                                                                                              |                               |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                       | OSCAR DANILO CRUZ REDONDO                             |                         |                     |               |             |                                                                                                                              |                               |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                       | C.C                                                   | X                       | C.E                 | No.           |             | 80012282                                                                                                                     |                               |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                       | oscarcruze@gmail.com                                  |                         |                     | CELULAR:      |             | 3157766904                                                                                                                   |                               |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                       |                                                       |                         |                     | SUBRED        |             |                                                                                                                              |                               |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                       | PIC COORDINACION CONVENIOS SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                         |                     | SEDE:         |             | SUBRED                                                                                                                       |                               |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                     |                                                       |                         |                     |               |             |                                                                                                                              |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K33-6         | 100                                   |                                                       |                         |                     |               |             |                                                                                                                              |                               |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A                  |                                                       |                         | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO      |                                                                                                                              |                               |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                       | 7380616990                                            |                         |                     |               | PENSIONADO  |                                                                                                                              | NO                            |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                                       |                                                       |                         |                     |               |             |                                                                                                                              |                               |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1812                                  |                                                       |                         | VIGENCIA            |               |             | 2024                                                                                                                         |                               |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1746                                  | FECHA                                                 | 2024-07-22 14:12:49.000 |                     | NÚMERO DE CRP |             | 45371                                                                                                                        | FECHA 2024-07-31 16:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN INGENIERIA DE SISTEMAS |                                                       |                         |                     |               |             |                                                                                                                              |                               |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                       | DESDE                                                 | FECHA INICIAL           |                     | HASTA         | FECHA FINAL |                                                                                                                              |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                       |                                                       | 2024-07-01              |                     |               | 2024-07-31  |                                                                                                                              |                               |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                       |                                                       |                         |                     | \$67,612,221  |             |                                                                                                                              |                               |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                       |                                                       |                         |                     | \$67,612,221  |             |                                                                                                                              |                               |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                       |                                                       |                         |                     | \$3,998,070   |             |                                                                                                                              |                               |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                       |                                                       |                         |                     | \$0           |             |                                                                                                                              |                               |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                       |                                                       |                         |                     | \$0           |             |                                                                                                                              |                               |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                       |                                                       |                         |                     | 100%          |             |                                                                                                                              |                               |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                                       |                                                       |                         |                     |               |             |                                                                                                                              |                               |
| Se verifica el cumplimiento del 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                                                                                                                |                               |
| 78655969_77839450                                                                                                                                                                                                                                            | \$1,599,228       | \$199,904                             |                                                       | \$255,876               |                     | 3             | \$38,957    | \$494,737                                                                                                                    |                               |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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 en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud | Se realiza la calidad y veracidad de las bases de datos para los entorno cuidadores hogar 95 registros , laboral 570 registros , educativo 1343, comunitario 3291, intitucional 356 | Bases one drive<br>ingenierosistemasgesi@subresuroccidente.gov.co  |
| 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-Subred Sur Occidente                                                                                                                                                                                                                       | Se da cumplimiento a los productos dispuestos se realiza entregas oportunas                                                                                                         | Entrega a gesi@saludcapital.gov.co                                 |
| Realizar los diferentes cruces de información si se requieren para suministrar información a las activaciones de rutas                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se realizan segun solicitud de los entornos y componentes                                                                                                                           | Bases one drive<br>ingenierosistemasgesi@subresuroccidente.gov.co  |
| . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se realiza la entrega de soportes y se encunetran organizados por vigencias                                                                                                         | Bases one drive<br>ingenierosistemasgesi@subresuroccidente.gov.co  |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realiza entrega el dia 08 de julio 2024 bases de datos a gesi@saludcapital.gov.co                                                                                                | Correo y acta de entrega de bases 08 de julio 2024                 |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | se realiza la entrega en los tiempos estipulados                                                                                                                                    | Correos y actas                                                    |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se realiza los ajutes de los diferentes entornos enviados desde nivel central                                                                                                       | Correo a gesi@saludcapital.gov.co 24 horas despues del envio       |
| Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS                                                                                                                                                                                                                                                          | Se participa en las asistencias tecnicas requeridas desde nvel central 09 de julio y 11 julio 2024                                                                                  | actas y listado de asistencia                                      |
| Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes de salud relacionadas                                                                                                                                                                                                                                                 | Se atienden las solicitudes generadas                                                                                                                                               | Correo one drive<br>ingenierosistemasgesi@subresuroccidente.gov.co |
| <p style="text-align: center;"><b>ISLENA TORRES ACOSTA</b><br/>51840427<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                                                                    |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                    |
| <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                     |                                                                    |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 80012282/1812-2024**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**OSCAR DANILO CRUZ REDONDO**

**C.C.80.012.282 DE BOGOTA**

La suma de 3.998.070 (TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/CTE), por concepto de: **prestación de servicios como ingeniero de sistemas - profesional universitario 2**, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo de 01 al 31 de Julio 2024 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1812-2024



**OSCAR DANILO CRUZ REDONDO**

**C.C. 80012282 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 007380616990**

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                           |        |                |                    |                          |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                                  | 80012282          | OSCAR DANILO CRUZ REDONDO |        | cll 16d 100-15 | 7292303            | odcruzpai007@hotmail.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 |                   |                           |        |                |                    | NO                       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
| 77839450             | 02/07/2024                        |               |                          |                 | EMPLADOS      |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 10            |
| 2024-06              | 2024-06                           | N             | 11/07/2024               | 78655969        | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$39.000      |

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 |           |                       |                |               |               |

| 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 |  |

| 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 | 39.000                 |                  |       |                        | 39.000                | 0         | 0                     | 39.000              |                            |                     | 390               | 39.000        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|---------------|--------|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |

| 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                  | 0                              | 0                                   | 0             |
| Pensión                | 0                              | 0                                   | 0             |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 1                              | 39.000                              | 39.000        |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 80012282          | OSCAR DANILO CRUZ REDONDO |        | cll 16d 100-15 | 7292303            | odcruzpai007@hotmail.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 |
|                     |                   |                           |        |                |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
| 77839450             | 02/07/2024                        |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2024-06              | 2024-06                           | N             | 11/07/2024               | 78655969        | \$39.000      |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                           |           |         |           |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    |          |                   |                        |          |         |                 |            |              |           |            |                        |             |             |             |            |           |        |   |   |   |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|----|----|----|-------|----|----------|-------------------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|--------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------|--------|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                           |           |         |           |               |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    |    |    |    | SALUD |    |          | RIESGOS LABORALES |                        |          | CCF     |                 |            | PARAFISCALES |           |            |                        |             |             |             |            |           |        |   |   |   |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN    | IOE | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA | 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   | 80012282              | CRUZ REDONDO OSCAR DANILO | 59        | 0       |           | N             |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    | 230201   | 2.037.732         | 326.100                | 0        | 0       | 0               | 0          | EPS008       | 2.037.732 | 254.800    | 14-11                  | 2.037.732   | 3           | 49.700      | CCF24      | 2.037.732 | 40.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                           |        |                |                    |                          |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                                  | 80012282          | OSCAR DANILO CRUZ REDONDO |        | cil 16d 100-15 | 7292303            | odcruzpai007@hotmail.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 |                   |                           |        |                |                    | NO                       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2024-06              | 2024-06                           | I             | 02/07/2024               | 77839450        | \$632.400        |

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 | 254.800                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 254.800       | 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 | 326.100                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 326.100       | 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 | 10.700                 |                  |       |                        | 10.700                | 0         | 0                     | 10.700              |                            |                     | 107               | 10.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |             |              |           |
|---------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 40.800       | 0         |
|               |                |  |  |  |             |              |           |

| 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                              | 254.800                             | 254.800       |
| Pensión                | 1                              | 326.100                             | 326.100       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 10.700                              | 10.700        |
| CCF                    | 1                              | 40.800                              | 40.800        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 632.400                             | 632.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 80012282          | OSCAR DANILO CRUZ REDONDO |        | cil 16d 100-15 | 7292303            | odcruzpai007@hotmail.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 |
|                     |                   |                           |        |                |                    | NO                                  |

| 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           |
| 2024-06              | 2024-06                           | I             | 02/07/2024               | 77839450        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$632.400     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                           |           |         |           |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |          |           |                        |          |                   |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |       |           |        |   |   |   |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----------|-----------|------------------------|----------|-------------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------|-----------|--------|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                           |           |         |           |               |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |          | SALUD     |                        |          | RIESGOS LABORALES |                 |            | CCF        |         |            | PARAFISCALES           |             |             |             |            |       |           |        |   |   |   |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IDE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | 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   | 80012282              | CRUZ REDONDO OSCAR DANILO | 59        | 0       |           | N             |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    | 230201   | 2.037.732 | 326.100                | 0        | 0                 | 0               | 0          | 0          | EPS008  | 2.037.732  | 254.800                | 14-11       | 2.037.732   | 1           | 10.700     | CCF24 | 2.037.732 | 40.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA