

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                          |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    | DARÍO HERNANDEZ                          |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                    | C.C                                      | X                      | C.E                 | No.           |               | 79311020                                                                                                                     |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                    | darioh63@hotmail.com                     |                        |                     | CELULAR:      |               | 4680650/3186996521/3152112561                                                                                                |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                    |                                          |                        |                     | SUBRED        |               |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    | PIC EDUCATIVO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                        |                     | SEDE:         |               | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                  |                                          |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K29           | 100                                |                                          |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A               |                                          |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO        |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                    | 2100120555                               |                        |                     |               | PENSIONADO    |                                                                                                                              | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                                    |                                          |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 7770                               |                                          |                        | VIGENCIA            |               |               | 2024                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2246              | FECHA                              | 2024-10-31 17:52:10.000                  |                        | NÚMERO DE CRP       | 65416         | FECHA         | 2024-10-31 22:16:25.000                                                                                                      |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN COMUNICACION SOCIAL |                                          |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                    | DESDE                                    | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL   |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                          | 2024-10-23             |                     |               | 2024-10-31    |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                    |                                          | \$1,199,421            |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    |                                          |                        |                     | \$1,199,421   |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                          |                        |                     | \$1,199,421   |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                    |                                          |                        |                     | \$1,199,421   |               |                                                                                                                              |    |
| 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 |                                                                                                                              |    |
| 80885236 - 81453417                                                                                                                                                                                                                                          | \$2,398,842       | \$299,855                          |                                          | \$383,815              | 3                   | \$58,436      | \$742,106     |                                                                                                                              |    |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                        |                   |                                    |                                          |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| Bibiana Yulieth Avila Bohorquez<br>20888182<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. | Dentro de la Estrategia Sintonizarte en el Entorno educativo, se realizan acciones como COMUNICADOR SOCIAL donde se implementan actividades de comunicación y educación para la salud a través del producto Líderes del bienestar y cuidado escolar . Se realizan 40 sesiones con estudiantes de grupos focales distribuidos en las localidades de Bosa y Pte Aranda . | Formatos de acciones colectivas                                                                                                                        |
| 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.                                                                                                                                                                                                                       | Dentro de la Estrategia Sintonizarte en el Entorno educativo, se realizan acciones como COMUNICADOR SOCIAL donde se implementan actividades de comunicación y educación para la salud a través del producto Líderes del bienestar y cuidado escolar . Se realizan 40 sesiones con estudiantes de grupos focales distribuidos en las localidades de Bosa y Pte Aranda . | Formatos de acciones colectivas                                                                                                                        |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado.                                                                                                                                                                     | Se asiste A jornadas programadas según requerimiento en el mes. plan padrino vacunación .                                                                                                                                                                                                                                                                              | Actas de asistencia                                                                                                                                    |
| Desarrollar fortalecimiento de capacidades y habilidades en IPS públicas y privadas para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en Bogotá.                                                                                                                                                                                               | Se realiza en caso de requerirse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Actas de asistencia                                                                                                                                    |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.                                                                                                                                                                                                                         | Se realiza activación de la ruta a servicios asistenciales cuando es necesario                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Actas de asistencia                                                                                                                                    |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaría.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realiza entrega de soportes para auditoria de manera oportuna                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Carpeta soportes pic                                                                                                                                   |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se realiza difusión de los eventos en Salud Pública a necesidad en los grupos de líderes y reporte de acciones para difusión en el temas de salud pública                                                                                                                                                                                                              | Comunicaciones para redes. y socialización de campañas y jornadas desde la subred y SDS via wsa para grupos de líderes , formatos de salud colectiva . |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se hizo entrega de todos los soportes realizados durante el mes de Octubre al profesional de apoyo                                                                                                                                                                                                                                                                     | Informes, reportes                                                                                                                                     |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se hizo entrega de todos los soportes realizados durante el mes de octubre al profesional de apoyo.                                                                                                                                                                                                                                                                    | Informes, reportes.                                                                                                                                    |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Para este mes se presenta informe requerido por referente mensual y bimensual                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Informes, reportes mensual                                                                                                                             |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del componente asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se realiza proceso de preauditoria con líder de la Estrategia agosto y gestión documental archivo entorno                                                                                                                                                                                                                                                              | Actas. y archivo unidades conservación                                                                                                                 |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).                                                                                                                         | Se entregan soportes y documentación completa, oportuna y adecuada al proceso realizado en el mes                                                                                                                                                                                                                                                                      | Actas y formatos pic                                                                                                                                   |
| Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes.                                                                                                                                                                                                                               | Si se encontraran se realiza identificación de gestantes en las sesiones con los grupos de estudiantes de colegios de la Subred Sur Occidente                                                                                                                                                                                                                          | Actas y formatos                                                                                                                                       |
| Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                          | Reunión de asistencia técnica Reunión de equipo entorno educativo octubre , fortalecimientos técnicos.                                                                                                                                                                                                                                                                 | Actas de asistencia                                                                                                                                    |
| Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes.                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se hace entrega de los soportes correspondientes cuando se han requerido por la Subred Sur Occidente o SDS                                                                                                                                                                                                                                                             | Carpeta soportes pic .                                                                                                                                 |
| Fortalecer las capacidades a profesionales de la salud en la promoción y asesoría de hábitos saludables, en la implementación de RIAS para condiciones crónicas y demás estrategias del sector salud relacionadas                                                                                                                                                                                      | Se realiza en caso de requerirse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Actas                                                                                                                                                  |

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez  
20888182  
Supervisor

---

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

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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**  
**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

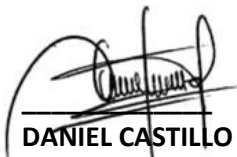
**DARÍO HERNÁNDEZ DÍAZ**  
**C.C 79311020 DE BOGOTA D.C**

La suma de Un millón ciento noventa y nueve mil cuatrocientos veintiun pesos M/cte. (1.199.421), por concepto de servicios como Comunicador Social en el entorno Cuidador Educativo, durante el periodo de 23 al 31 octubre 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7770-2024



**DARIO HERNANDEZ DIAZ**  
**C.C 79311020**  
**CUENTA DE Ahorros Banco Davivienda**  
**NUMERO 002100120555**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes Octubre periodo 23 -31 octubre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**DANIEL CASTILLO CAICEDO**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Entorno Cuidador Educativo**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2024-09              | 2024-09                           | I             | 08/10/2024               | 80885236        | \$737.300 |     |

### 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 297.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 4         | 900                   | 0              | 297.900       | 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 |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 380.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 4         | 1.100                 | 0              | 381.300       | 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 | 57.900                 |                  |       |                        | 57.900                | 4         | 200                   | 58.100              |                            |                     | 579               | 58.100        | 1             |

| 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                    | 4         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 4         | 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                              | 297.000                             | 297.900       |
| Pensión                | 1                              | 380.200                             | 381.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 57.900                              | 58.100        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 735.100                             | 737.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                      |        |                                         |                    |                      |
|---------------------|-------------------|----------------------|--------|-----------------------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                               | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 79311020          | DARIO HERNANDEZ DIAZ |        | Cra 78 m No 39-60 sur bloque 8 apto 301 | 3186996521         | darioh63@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                            | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA               | I – Independiente |                      |        | BOGOTÁ D. C.                            | BOGOTÁ, D.C.       |                      |
|                     |                   |                      |        |                                         |                    | SI                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-09              | 2024-09                           | I             | 08/10/2024               | 80885236        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$737.300     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                      |  |  |  |           |         |           |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |    |     |     |     |    |            |          |           |                   |                      |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------|--|--|--|-----------|---------|-----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|----|-----|-----|-----|----|------------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                      |  |  |  |           |         |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |    |     |     |     |    | SALUD      |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres  |  |  |  | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Color exterior        | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | IOE | MA      | MA | APS | APS | VEZ | RL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización        | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS      | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC   | 79311020              | HERNANDEZ DIAZ DARIO |  |  |  | 59        | 0       | N         |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |    |     |     |     |    |            | 231001   | 2.375.669 | 380.200           | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | EPS037       | 2.375.669              | 297.000  | 14-11   | 2.375.669       | 3          | 57.900     |         | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                      |        |                                            |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|----------------------|--------|--------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                                  | TELÉFONO           |                                           |
| CC                    | 79311020           | DARIO HERNANDEZ DIAZ |        | Cra 78 m No 39-60 sur<br>bloque 8 apto 301 | 3186996521         |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                               | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                      |        | BOGOTÁ D. C.                               | BOGOTÁ, D.C.       | SI                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
| 80885236             | 08/10/2024                        |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2024-09              | 2024-09                           | N             | 05/11/2024               | 81453417        | \$7.500   |     |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cotización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                          |                   |               |               |
| EPS037     | Nueva EPS | 900156264-2 | 2.900                  | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 32        | 100                      | 0                 | 3.000         | 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 |
|------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 231001     | Colfondos | 800227940-6 | 3.700                  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 32        | 100                   | 0              | 3.800         | 1             |

TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
|            |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-11      | ARL SURA | 890903790-5 | 600                    |                  |       |                           | 600                      | 32           | 100                      | 700                    |                               |                        | 6                    | 700           | 1             |

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            | 32        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF         |           |                   |               |               |
| 0            | 32        | 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                              | 2.900                               | 3.000         |
| Pensión             | 1                              | 3.700                               | 3.800         |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 600                                 | 700           |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES             | 3                              | 7.200                               | 7.500         |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                      |        |                                         |                    |                      |
|---------------------|-------------------|----------------------|--------|-----------------------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                               | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 79311020          | DARIO HERNANDEZ DIAZ |        | Cra 78 m No 39-60 sur bloque 8 apto 301 | 3186996521         | darioh63@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                            | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA               | I – Independiente |                      |        | BOGOTÁ D. C.                            | BOGOTÁ, D.C.       |                      |
|                     |                   |                      |        |                                         |                    | SI                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
| 80885236             | 08/10/2024                        |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2024-09              | 2024-09                           | N             | 05/11/2024               | 81453417        | \$7.500       |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                      |           |        |           |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |    |    |         |    |    |    |        |           |         |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |              |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------|-----------|--------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|----|---------|----|----|----|--------|-----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|--------------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                      |           |        |           |           |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      |     |    |    | PENSIÓN |    |    |    |        |           | SALUD   |            |                      | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 | CCF      |           |                        | PARAFISCALES |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres  | Cotizante | Sueldo | Excedente | Exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | MA | MA | MA      | MA | MA | MA | MA     | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL     | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 79311020              | HERNANDEZ DIAZ DARIO | 59        | 0      |           | N         |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |     |    |    |         |    |    |    | 231001 | 2.398.842 | 383.900 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS037   | 2.398.842 | 299.900                | 14-11        | 2.398.842 | 3               | 58.500     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA