

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | DANIELA PAOLA RODRIGUEZ JIMENEZ                      |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                  | X                      | C.E                 | No.           |               | 1235256941                                                                                                                   |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | drarodriguezj028@gmail.com                           |                        |                     | CELULAR:      |               | 3008260136                                                                                                                   |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                      |                        |                     | SUBRED        |               |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | URG URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |                        |                     | SEDE:         |               | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                      |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE11B05           | 100                      |                                                      |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                      |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO        |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 550488445523522                                      |                        |                     |               | PENSIONADO    |                                                                                                                              | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                      |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 5635                     |                                                      |                        | VIGENCIA            |               |               | 2024                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 164               | FECHA                    | 2025-01-20 17:27:32.000                              |                        | NÚMERO DE CRP       | 6676          | FECHA         | 2025-01-20 18:10:00.000                                                                                                      |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | MEDICO GENERAL           |                                                      |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL   |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      | 2024-12-01             |                     |               | 2024-12-31    |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                      | \$6,654,912            |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial              |                                                      | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                      |                        |                     | \$44,684,961  |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      |                        |                     | \$43,222,267  |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                      |                        |                     | \$6,654,912   |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      |                        |                     | \$0           |               |                                                                                                                              |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                      |                        |                     | \$1,462,694   |               |                                                                                                                              |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                      |                        |                     | 97%           |               |                                                                                                                              |    |
| El intervisor 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 |                                                                                                                              |    |
| 9478682713                                                                                                                                                                                                                                                   | \$2,495,592       | \$311,949                |                                                      | \$399,295              | 3                   | \$60,793      | \$772,036     |                                                                                                                              |    |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                      |                   |                          |                                                      |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA<br>35589089<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                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.                                                                                              | Se prestó el servicio como Pediatra en los servicios de urgencias y hospitalización de acuerdo a la programación de actividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Queda registro en planilla de programación de turnos                                                                                                                                                            |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.                                                                                                                                                             | "Cumplir con el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes guardando el secreto profesional "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | "Diligenciando historia clínica de forma adecuada de los pacientes en el aplicativo DINAMICA "                                                                                                                  |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | "Cubrimiento para al programa de Atención Hospitalaria, con el fin de prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de Urgencias Pediatría y en el área de Hospitalización, cuando se requiera de sus servicios, con el fin de dar cumplimiento a los convenios y contratos con las diferentes entidades tales como el SOAT, ASR, FFD y EPS. De conformidad a la moral y de manera eficaz y oportuna. Receptividad y buen trato al paciente y a los compañeros, conocimiento y destreza los procedimientos del área para lo cual se hace la contratación. " | "Se realiza revista medica programada en los servicios asignados "                                                                                                                                              |
| 4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.                                                                                                                                                                              | "Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | "Presenta actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios y valores institucionales para realizar la prestación del servicio "                                                                   |
| 5) Participar en la programación de actividades del área.                                                                                                                                                                                                                   | "Reportar eventos de notificación obligatoria "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | "Se realiza diligenciamiento de las diferentes fichas de notificación de acuerdo al protocolo "                                                                                                                 |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.                                                                                                                                                                            | "Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio. "                                  |
| 7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                     | "Informar al personal encargado de las indicaciones medicas dispuestas para el tratamiento "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | "Se dan las instrucciones para el manejo médico y tratamientos a realizar de acuerdo a las necesidades del paicnete. "                                                                                          |
| 8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.                                                                                                                                                                                | "Llenar a cabalidad los formatos de las historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la institucion respaldando toda actuacion con su firma y sello. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | "Diligenciamiento de formato de software ""dinámica"" "                                                                                                                                                         |
| 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                 | "Diligenciamiento de formato de software ""dinámica"" "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "Cumplimiento de los procesos de la subred "                                                                                                                                                                    |
| 10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                                                                        | "Realizar control y seguimiento de paciente hospitalizado o de urgencias en el transcurrir de área en la que se trabaja y se encuentra el paciente "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | "Se realiza seguimiento y control de paciente de hospitalización o urgencias "                                                                                                                                  |
| 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                 | "Se realiza seguimiento y control de paciente de hospitalización o urgencias "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | "Se informa al familiar y al paciente de su evolución y manejo a seguir "                                                                                                                                       |
| 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                        | "Se informa al familiar y al paciente de su evolución y manejo a seguir "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | "Se da el concepto médicos en la evolución y manejo del paciente consignados en la historia clínica "                                                                                                           |
| 13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.                                                                                                                                                                                                                           | "Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Urgencias y Hospitalización. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | "Se desarrollan las actividades de acuerdo al cumplimiento de las normas del SOGC "                                                                                                                             |
| 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                               | Se realiza trabajo asistencial con atención de pacientes, los cuales quedan registrados en historia clínica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Registro de evoluciones en historia clínica                                                                                                                                                                     |
| 15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                                                                        | Registro de evoluciones en historia clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | "Usar de forma adecuada los elementos asignados para la atención de los pacientes, así mismo cuidar de los instrumentos donde se realizan las evoluciones y demás elementos para la atención de los pacientes " |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.                                                                                                                                                  | Participar en jornadas de capacitación y reuniones. Se participa en el aseguramiento del mes                                                                                                             | Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación. Se diligencia link de asistencia.                                                                             |
| 17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                                                              | Participación en reuniones y capacitaciones, así mismo en las actividades de acreditación. Se diligencia link de asistencia.                                                                             | "Cumplimiento de los procesos de la subred "                                                                                                                                                             |
| 18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                                                              | "Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención. "                                                         | "Apoye en las actividades interinstitucionales acorde a mi perfil profesional . "                                                                                                                        |
| 19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                                                                | "Se registra las actividades realizadas a través de diligenciamiento de la historia clínica en la atención de servicios médicos con los pacientes atendidos tanto en urgencias como en hospitalización " | "Se registra las actividades realizadas a través de diligenciamiento de la historia clínica en la atención de servicios médicos con los pacientes atendidos tanto en urgencias como en hospitalización " |
| 20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                                                         | "Se registra las actividades realizadas a través de diligenciamiento de la historia clínica en la atención de servicios médicos con los pacientes atendidos tanto en urgencias como en hospitalización " | "Cumplimiento de los procesos de la subred "                                                                                                                                                             |
| 21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                                                                                                     | "No aplica "                                                                                                                                                                                             | "No aplica "                                                                                                                                                                                             |
| 22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.                                                                                                                                                                                                                                            | "No aplica "                                                                                                                                                                                             | "No aplica "                                                                                                                                                                                             |
| 23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                                                                                                                                                      | Entrega de la constancia de afiliación de SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS PROFESIONALES                                                                                                                         | Entrega de la constancia de pago de seguridad social; SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS PROFESIONALES                                                                                                             |
| 24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                  | "Realizar actividades asignadas acorde a perfil profesional propuesto "                                                                                                                                  | "Realizar actividades asignadas acorde a perfil profesional propuesto "                                                                                                                                  |
| <p style="text-align: center;">ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA<br/>35589089<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**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**E.S.ENIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DANIELA PAOLA RODRIGUEZ JIMENEZ**  
C.C 1235256941 DE CONSULADO DE MARACAIBO

La suma de \$ **6.654.912 (Seis millones seiscientos cincuenta y cuatro mil novecientos doce pesos m/cte)**, por concepto de prestación de servicios como médico general en el área de urgencias del Hospital Pediátrico Tintal durante el periodo del 1 al 31 de diciembre de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5635-2024.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom, representing the name Daniela Paola Rodriguez Jimenez.

**DANIELA PAOLA RODRIGUEZ JIMENEZ**  
C.C 1235256941 DE CONSULADO DE MARACAIBO  
CEL: 300 8260136  
CUENTA DE AHORROS - DAVIVIENDA  
NUMERO 0550488445523522

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                 |                 |                    |                         |                     |            |                       |  |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|---------------------|------------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion               | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 1235256941                 |    | RODRIGUEZ JIMENEZ DANIELA PAOLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 54 C sur #87 B 21 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3008260136 | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1112644213 |  | 9478682713 | I        | 2024/12/10 | 2024/12/09 | BANCO DAVIVIENDA | \$772,100 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |            |                   |     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             |             |           |      |             |             |           |      |     |        |         |      |             |             |              |          |     |        |                       |               |           |
|-------------------------------------------------|----------------|------------|-------------------|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-------------|-------------|-----------|------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|-------------|--------------|----------|-----|--------|-----------------------|---------------|-----------|
| EMPLEADO                                        |                |            | NOVEDADES         |     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSION |      |             |             | SALUD     |      |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |             | PARAFISCALES |          |     |        |                       |               |           |
| No.                                             | Identificación | Nombre     | ing               | ret | de | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | lge | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Tarifa      | Aporte       | Dias     | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |           |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |            |                   |     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             | \$2,495,592 | \$399,300 |      |             | \$2,495,592 | \$312,000 |      |     | \$0    | \$0     |      |             | \$2,495,592 |              | \$60,800 |     | \$0    | \$0                   |               | \$772,100 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |                |            |                   |     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             | \$2,495,592 | \$399,300 |      |             | \$2,495,592 | \$312,000 |      |     | \$0    | \$0     |      |             | \$2,495,592 |              | \$60,800 |     | \$0    | \$0                   |               | \$772,100 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) |                |            |                   |     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             | \$2,495,592 | \$399,300 |      |             | \$2,495,592 | \$312,000 |      |     | \$0    | \$0     |      |             | \$2,495,592 |              | \$60,800 |     | \$0    | \$0                   |               | \$772,100 |
| 1                                               | CC             | 1235256941 | RODRIGUEZ DANIELA |     |    |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     | 25-14   | 30   | \$2,495,592 | \$399,300   | EPSC34    | 30   | \$2,495,592 | \$312,000   | 0         |      | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$2,495,592 | 2.436%      | \$60,800     | 0        | \$0 | \$0    | No                    | \$772,100     |           |
| Total Afiliados( 1)                             |                |            |                   |     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |      |             | \$2,495,592 | \$399,300 |      |             | \$2,495,592 | \$312,000 |      |     | \$0    | \$0     |      |             | \$2,495,592 |              | \$60,800 |     | \$0    | \$0                   |               | \$772,100 |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                 |                 |                    |                         |                     |            |                       |  |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|---------------------|------------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion               | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 1235256941                 |    | RODRIGUEZ JIMENEZ DANIELA PAOLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 54 C sur #87 B 21 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3008260136 | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1112644213 |  | 9478682713 | I        | 2024/12/10 | 2024/12/09 | BANCO DAVIVIENDA | \$772,100 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |  |             |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--------|--|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   | CODIGO |  | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |  |             |    | 1         | \$399,300       | \$0            | \$0                    | \$399,300     |
| COLPENSIONES             | 25-14  |  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$399,300       | \$0            | \$0                    | \$399,300     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |  |             |    | 1         | \$60,800        | \$0            | \$0                    | \$60,800      |
| ARL SURA                 | 14-11  |  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$60,800        | \$0            | \$0                    | \$60,800      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |  |             |    | 1         | \$312,000       | \$0            | \$0                    | \$312,000     |
| CAPITAL SALUD            | EPSC34 |  | 900,298,372 | 9  | 1         | \$312,000       | \$0            | \$0                    | \$312,000     |
| TOTAL                    |        |  |             |    | 1         | \$772,100       | \$0            | \$0                    | \$772,100     |

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC                   | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| CC                  | 1235256941            | RODRIGUEZ       | JIMENEZ          | DANIELA       | PAOLA          | 2024-10                   | CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | COTIZANTE       |

| EPS/EOC                   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 06/2024              | 3                | COTIZANTE     | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación \*\*” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.