

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                   |                                                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                   |                                                                           |               | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                                   |                                                                           |               | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                   |                                                                           |               | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                   |                                                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                   | julieth fernanda salas coronado                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                   | C.C                                                                       | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1012381994 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                   | yulifer_@hotmail.com                                                      |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 7807477    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                   |                                                                           |               |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                   | ADM MANTENIMIENTO ( BIOMEDICO E INFRAESTRUCTURA) USS OCCIDENTE DE KENNEDY |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                 |                                                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10R12           | 100                               |                                                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BBVA COLOMBIA S.A                 |                                                                           |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                   | 176266542                                                                 |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                                   |                                                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 280                               |                                                                           |               | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1153              | FECHA                             | 2025-05-14 15:54:09.000                                                   | NÚMERO DE CRP | 26169                            | FECHA         | 2025-05-27 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I |                                                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                   | DESDE                                                                     | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                   |                                                                           | 2025-06-01    |                                  |               | 2025-06-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                   |                                                                           | \$3,616,526   |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Administrativo                    |                                                                           |               | 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. |                   |                                   |                                                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                   |                                                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                   |                                                                           |               | VALORES                          |               |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                   |                                                                           |               | \$25,315,682                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                   |                                                                           |               | \$18,082,630                     |               |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                   |                                                                           |               | \$3,616,526                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                   |                                                                           |               | \$0                              |               |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                   |                                                                           |               | \$7,233,052                      |               |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                   |                                                                           |               | 71%                              |               |                                                                                     |            |
| 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 | APOORTE A SALUD 12.5% IBC         | APOORTE PENSION 16% IBC                                                   | NIVEL ARL     | APOORTE ARL                      | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 87505152                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,446,610       | \$180,826                         | \$231,458                                                                 | 3             | \$35,239                         | \$447,523     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                                   |                                                                           |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR<br>43871908<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 el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos de las áreas o sedes asignadas, dando cumplimiento al cronograma establecido para cada mes.                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se realiza mantenimiento preventivos y correctivo asignado, acorde a repuestos, herramienta y capacidad de esfuerzo físico requerido                                                     | Reportes y almera                         |
| 2. Desarrollar oportunamente las actividades mantenimiento correctivo de acuerdo al protocolo de mantenimiento que aplica para cada equipo, teniendo en cuenta la priorización de la solicitud y la criticidad del servicio, y los procedimientos institucionales.                                                                                                                                                                           | Se realiza mantenimiento correctivo asignado, acorde a repuestos, herramienta y capacidad de esfuerzo físico requerido                                                                   | Reportes y almera                         |
| 3. Informar de manera oportuna los repuestos, materiales, insumos y elementos básicos que se requieren para llevar a cabo el mantenimiento correctivo y preventivo.                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se le realiza solicitud al referente de los insumos necesarios para ejecutar las actividades de mantenimiento                                                                            | correo y grupo whatsapp                   |
| 4. Gestionar las diferentes solicitudes correctivas y preventivas que le sean asignadas por medio de la plataforma de gestión del mantenimiento de equipos biomédicos de la subred, mantenimiento los registros electrónicos de las actividades que desarrolle debidamente actualizados en la plataforma destinada por la subred para esta actividad.                                                                                        | Se ejecuta el mantenimiento correctivo y preventivo de acuerdo a cada equipo y se prioriza la necesidad                                                                                  | Reportes y almera                         |
| 5. Apoyar la instalación, movimientos y traslado de equipos biomédicos, acorde a las necesidades de la subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se apoya y acompaña en la instalación y traslado de equipos                                                                                                                              | actas de traslados y/o reportes           |
| 6. Cumplir con las rondas de inspección de los equipos biomédicos (diaria, periódica, inicio de semana) de acuerdo a lo descrito en el Manual de Gestión de la Tecnología y Programa de Tecnovigilancia, gestionando oportunamente los hallazgos que encuentre, asegurando el correcto funcionamiento de los equipos, registrando de forma oportuna su ejecución y hallazgos, por medio de la herramienta implementada en la subred.         | Se ejecutan rondas de inspección de acuerdo a la asignación del referente                                                                                                                | formato de control y almera               |
| 7. Velar por la conservación de las hojas de vida de los equipos biomédicos, actualizando y archivando oportunamente todos soportes de mantenimiento, ficha técnica y bitácora de cada uno de los equipos (mantenimientos internos y externos), acorde a los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019. Esto aplica para la documentación que se lleva de forma física y digital en la plataforma de gestión de mantenimiento de la subred. | Se realiza el archivo, y actualización de hojas de vida                                                                                                                                  | Almera                                    |
| 8. Diligenciar los formatos de mantenimientos preventivos y/o correctivos ejecutados diariamente, según los procedimientos de la subred y manteniendo un registro actualizado de la plataforma de gestión del mantenimiento de equipos biomédicos de la subred.                                                                                                                                                                              | Se diligencian los formato de mantenimiento de acuerdo a la solicitud y se actualiza la plataforma.                                                                                      | Almera                                    |
| 9. Informar al referente biomédico encargado de la unidad y/o líder del subproceso de gestión de tecnología biomédica cualquier tipo de anomalía o novedad relacionada con los equipos a su cargo en la sede.                                                                                                                                                                                                                                | Se le informa al referente de la unidad todas las novedades que se presentan en los equipos.                                                                                             | Almera                                    |
| 10. Realizar actividades de búsqueda activa verificando periódicamente las instalaciones y equipos biomédicos para detectar necesidades en el mantenimiento de estas.                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se realizan rondas en los servicios                                                                                                                                                      | almera, reportes, correo y grupo whatsapp |
| 11. Verificar las condiciones de limpieza y desinfección de los equipos antes de la ejecución de las actividades de mantenimiento que requieran, y así mismo después de realizar el mantenimiento realizar limpieza y desinfección de cada equipo antes de entregar al servicio.                                                                                                                                                             | Se verifican las condiciones de limpieza y desinfección pre y post de mantenimientos de equipos                                                                                          | reporte                                   |
| 12. Realizar conceptos técnicos de sugerencia de baja de los equipos derivados de las actividades de mantenimiento realizadas y cumpliendo los procedimientos y lineamientos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                | Se realizan conceptos técnicos con sugerencia de baja                                                                                                                                    | formato concepto de baja                  |
| 13. Aplicar las normas, procesos, subprocesos, protocolos, lineamientos y procedimientos definidos en el manual de calidad de la Subred y que se encuentran disponibles para consulta en la plataforma Almera.                                                                                                                                                                                                                               | Se aplica la normatividad                                                                                                                                                                | actas, formatos                           |
| 14. Participar proactivamente en los procesos y procedimientos que permitan consolidar y/o estandarizar la gestión de la tecnología biomédica de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se participa proactivamente                                                                                                                                                              | actas, formatos                           |
| 15. Participar activamente en los procesos de certificación, acreditación y habilitación de la subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se participa proactivamente                                                                                                                                                              | actas, formatos                           |
| 16. Atención a llamados de emergencia con disponibilidad 24 horas, con un tiempo de respuesta máximo de 1 hora para soporte presencial en la sede.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se atiende llamados de acuerdo a las solicitudes                                                                                                                                         | Almera                                    |
| 17. Apoyar la toma y actualización de inventarios de equipos biomédicos que realice el área encargada en cada unidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se apoya en la recolección de datos del inventario de la unidad                                                                                                                          | drive                                     |
| 18. Realizar periódicamente actividades de verificación y comprobación de parámetros de los equipos biomédicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se realiza actividad de verificación estado físico y funcional del equipo, se realiza comprobación de parámetros con simulador o analizador de acuerdo a disponibilidad de los patrones. | Almera                                    |
| 19. Cumplir con la ejecución del cronograma de capacitaciones y demás capacitaciones que demanden los servicios, fomentando el uso adecuado y cuidado de la tecnología, llevando los registros de asistencia y ejecución de estas actividades acorde a los procedimientos de la subred.                                                                                                                                                      | Se cumple de acuerdo a la programación entregada por el referente                                                                                                                        | Acta                                      |
| 20. Realizar acompañamiento a los proveedores y verificar el cumplimiento de las actividades de mantenimiento que se soliciten, informando oportunamente de cualquier anomalía al ingeniero encargado de la sede y/o subproceso de Gestión de la Tecnología.                                                                                                                                                                                 | Se realiza acompañamiento de acuerdo a lo asignado                                                                                                                                       | Whatsapp                                  |

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 21. Velar por el cuidado y uso adecuado de los bienes e instalaciones de la subred, y hacer uso responsable de los elementos dispuestos por la subred para el desarrollo de las actividades.                      | se utilizan los bienes e instalaciones con un uso adecuado para mejorar su vida útil | herramientas   |
| 22. Entregar informes con la periodicidad indicada por el ingeniero encargado de la unidad y/o del subproceso de gestión de tecnología biomédica, sobre el cumplimiento de las actividades que le sean asignadas. | Se realiza entrega de soportes solicitados                                           | Almera         |
| 23. Ejercer todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor o coordinador afines a inherentes a la naturaleza.                                                                                | Se realiza de acuerdo a solicitudes                                                  | Almera y actas |
| 24. OBLIGACIONES AUXILIAR DE BPM                                                                                                                                                                                  | Se ejecutan actividades que son programadas por el referente.                        | Almera y actas |

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR  
43871908  
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

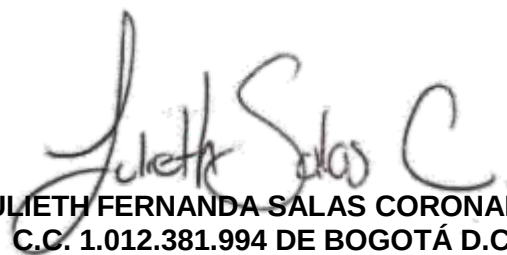
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JULIETH FERNANDA SALAS CORONADO  
C.C. No. 1.012.381.994 DE BOGOTÁ D.C.**

La suma de **TRES MILLONES SEISCIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE. (\$ 3.616.526)**, por concepto de: Prestación de servicios como Ingeniera Biomédica Del subproceso de Gestión de la Tecnología Biomédica, USS Kennedy durante el periodo del 1 al 30 de junio del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 280-2025.



**JULIETH FERNANDA SALAS CORONADO  
C.C. 1.012.381.994 DE BOGOTÁ D.C.  
CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA  
NUMERO 017626654**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC                   | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| CC                  | 1012381994            | SALAS           | CORONADO         | JULIETH       | FERNANDA       | 2019-01                   | CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | COTIZANTE       |
| CC                  | 1012381994            | SALAS           | CORONADO         | JULIETH       | FERNANDA       | 2025-05                   | EPS COMPENSAR             | COTIZANTE       |

| EPS/EOC       | Periodos Compensados | Días Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| EPS COMPENSAR | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ **Datos guardados**

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago                                                                    | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |        |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                      | Nombre del archivo               | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf   | CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf   | CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf    | CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                                    |        |                                    |                    |                      |                                           |
|-----------------------|--------------------|------------------------------------|--------|------------------------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE                   |        | DIRECCIÓN                          | TELÉFONO           | CORREO               | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 1012381994         | JULIETH FERNANDA SALAS<br>CORONADO |        | Transversal 77 j No.<br>73C-74 sur | 5756668            | Yulifer_@hotmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                       | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                                    |        | BOGOTÁ D. C.                       | BOGOTÁ, D.C.       |                      |                                           |

| 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   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-05              | 2025-05                           | I             | 18/06/2025               | 87505152        | \$447.700     |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 180.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 180.900       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 231.500                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 231.500       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización<br>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 | 35.300                    |                  |       |                           | 35.300                   | 0            | 0                        | 35.300                 |                               |                        | 353                  | 35.300        | 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                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 180.900                             | 180.900       |
| Pensión                | 1                              | 231.500                             | 231.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 35.300                              | 35.300        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 447.700                             | 447.700       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|---------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN                       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1012381994        | JULIETH FERNANDA SALAS CORONADO |        | Transversal 77 J No. 71C-74 sur | 5756668            | Yulifer_@hotmail.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                    | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                 |        | BOGOTÁ D. C.                    | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                 |        |                                 |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                 |        |                                 |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-05              | 2025-05                           | I             | 18/06/2025               | 87505152        | \$447.700     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                 |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          |          |           |                   |                      |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                 |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD    |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres             | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SIL     | IOE | MAA | VAC | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | 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   | 1012381994            | SALAS CORONADO JULIETH FERNANDA | 59        | 0       |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          | 25-14    | 1.446.610 | 231.500           | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.446.610    | 180.900                | 14-11    | 1.446.610 | 3               | 35.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA