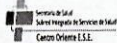
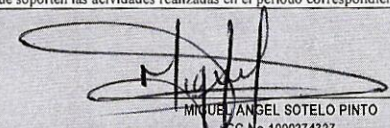
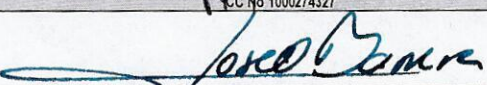
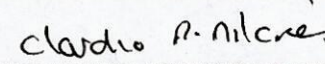


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|----|----|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br>APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO<br>DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN |  | CÓDIGO: AP-IA-FT-<br>077 VERSION: 2<br>FECHA: 2025-06-09 |    |    |
| <b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| <b>MIGUEL ANGEL SOTELO PINTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| <b>CON C.C.N°</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>1.000.274.327</b>                                     |    |    |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH"                                             |  |                                                          |    |    |
| <b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N°.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>PS 5742 2024</b>                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b>                             |    |    |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>\$ 3.342.848</b>                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>NO APLICA</b>                                         |    |    |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>\$ 29.669.146</b>                                                                                                                                                                                                                  |  | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>         |    |    |
| <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>8 MESES 21 DIAS</b>                                                                                                                                                                                                                |  |                                                          |    |    |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>3BL HOSPITAL SAN BLAS</b>                                                                                                                                                                                                          |  |                                                          |    |    |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05</b>                                                                                                                                                        |  |                                                          |    |    |
| <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Realice seguimiento a tiempos estipulados en la orden de servicio en tiempo de las móviles para taller.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Di respuesta a las novedades operativas relacionadas con las móviles adscritas a la Unidad Funcional APH Convenio 7120405-2024 por daños mecánicos y/o eléctricos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Realice seguimiento a los cronogramas de mantenimiento preventivos y correctivos de las móviles y llevar hoja de vida por ambulancia de estado mecánico, consumos, ingresos a taller y valores de arreglos en taller y consumos de combustible.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APII Centro Oriente, en el marco de un ejercicio de coordinación para el desarrollo del objeto contratado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredite como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Cumpli de lo contemplado en el manual de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Asisti a las móviles en las necesidades informadas por los conductores, realizar revisión de posibles daños, dando solución a la necesidad que se pueda realizar de manera inmediata, así como direccionamiento e interlocución con el supervisor del contrato de taller.                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Reporte de sucesos de seguridad y accidentes laborales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Trate digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Entregue informes mensuales de novedades de las ambulancias e informar a la profesional de la unidad ejecutora las necesidades generadas por cada una de las móviles.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Registre de la información en los aplicativos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Entregue novedades diarias para continuidad entre los técnicos asignados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Realice intervención peritaje de ser necesario a las ambulancias que presenten daños mecánicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Realice seguimiento y análisis del consumo diario de cada una de las móviles del convenio 7120405-2024 APH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405-2024 - 2021 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| <b>III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| <b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          | SI | NO |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          | X  |    |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          | X  |    |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          | X  |    |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          | X  |    |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          | X  |    |
| Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del <b>(01/08/2025) AL (31/08/2025)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| <b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| <b>Nº. DE PLANILLA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>88438144</b>                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>OPERADOR:</b>                                         |    |    |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>ENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>FECHA DE PAGO</b>                                     |    |    |
| <b>SALUD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>SANITAS EPS</b>                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>15/08/2025</b>                                        |    |    |
| <b>PENSIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>PORVENIR</b>                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>15/08/2025</b>                                        |    |    |
| <b>RIESGOS LABORALES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>ARL SURA</b>                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>15/08/2025</b>                                        |    |    |
| <b>OTRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>COMPENSAR CAJA</b>                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>15/08/2025</b>                                        |    |    |
| <b>TOTAL PAGADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>\$ 471.300</b>                                        |    |    |
| <b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.<br>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut)<br>3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| <b>VI. ANEXOS</b><br>(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                          |    |    |
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                   |  |                                                          |    |    |
| <b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                   |  |                                                          |    |    |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                   |  |                                                          |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893<br>DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                  |  |                                                          |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 52.054.911<br>LIDER PROGRAMA APH                                                                                                                                                              |  |                                                          |    |    |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> |                | <b>CÓDIGO:</b> AP-IA-FT-014<br><b>VERSIÓN:</b> 7<br><b>FECHA:</b> 2025-06-09 |                      |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                      |
| <b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                      |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>MIGUEL ANGEL SOTELO PINTO</b> |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>CC:</b>                                                                   | <b>1.000.274.327</b> |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MIGASOTELQ.2001@HOTMAIL.COM      |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>TELÉFONO:</b>                                                             | <b>3108829970</b>    |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CALLE 72 A BIS # 90 - 68         |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>CIUDAD:</b>                                                               | <b>Bogota D.C.</b>   |
| <b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                      |
| <b>NO</b> tomaré costos y deducciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              | <b>(X)</b>           |
| <b>SI</b> tomaré costos y deducciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              | <b>( )</b>           |
| <p>La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.</p> |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                      |
| <b>Régimen Simple De Tributación :</b> RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                | SI ( )                                                                       | NO (X )              |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>BANCOLOMBIA</b>               | <b>TIPO DE CUENTA:</b>                                                                                                                                                                                     | <b>AHORROS</b> | <b>Nº CUENTA:</b>                                                            | <b>91237823341</b>   |
| <b>DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                      |
| <b>Nº DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>PS 5742 2024</b>              | <b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>                                                                                                                                                    |                | <b>\$ 3.450.810</b>                                                          |                      |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>10/12/2024</b>                | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                      |                | <b>31/08/2025</b>                                                            |                      |
| <b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>01/08/2025 AL 31/08/2025</b>  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                      |
| <br><b>MIGUEL ANGEL SOTELO PINTO</b><br><b>CEDULA: 1000274327</b><br><b>CELULAR: 3108829970</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                      |



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |                  |              |                            |                                      |  |  |  |
|---------------------|-------------------|---------------------------|------------------|--------------|----------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          | DIRECCIÓN        | TELÉFONO     | CORREO                     | EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 1000274327        | MIGUEL ANGEL SOTELO PINTO | cl 79a bis 90-68 | 00000000     | migsotelo.2001@hotmail.com |                                      |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO           | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO         |                                      |  |  |  |
| ÚNICA               | 1 - Independiente |                           |                  | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.                | NO                                   |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMENSAÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 | EMPLADOS      | UPC |
| 2025-07              | 2025-07                          | 1             | 15/08/2025              | 88438144        | 1             | 0   |
|                      |                                  |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | \$471.300     |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |            |             |                        |               |                  |       |                     |           |                       |
|---------------|------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-----------|-----------------------|
| Código EPS    | Nombre     | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad | Días Mora | Valor Mora Cotización |
| EPS005        | Santas EPS | 800251440-6 | 178.000                | 0             | No. Autorización | Valor |                     |           |                       |
|               |            |             |                        |               | 0                | 0     |                     | 7         | 800                   |
|               |            |             |                        |               |                  |       | Valor               | 0         | 0                     |
|               |            |             |                        |               |                  |       |                     |           | 178.800               |
|               |            |             |                        |               |                  |       |                     |           | 1                     |

## TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230301     | Porvenir | 800224808-8 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7         | 1.100                 | 0              | 228.900       | 1             |

## TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    | Aportes Otros | Valor Neto | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal | No. Radicado | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|------------------|---------------|------------|-----------|-----------------------|----------|--------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| 14-11      | ARL SURA | 890803790-5 | 34.700                 | No. Autorización | Valor         |            | 7         | 34.700                | 34.900   |              |                     | 347               | 34.900        | 1             |

## TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre         | NIT        | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------------|------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| CCF24      | Compensar Caja | 86006842-7 | 28.500       | 7         | 200               | 28.700        | 1             |

## TOTALES PARA FISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| 0            | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| 0            | 7         | 0                 | 0             | 0             |
|              |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

## TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora |         | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------|---------------|
|                     |                                | Salud                               | Pensión |               |
| Salud               | 1                              | 178.000                             |         | 178.800       |
| Pensión             | 1                              | 227.800                             |         | 228.900       |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 34.700                              |         | 34.900        |
| CCF                 | 1                              | 28.500                              |         | 28.700        |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0       | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0       | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0       | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0       | 0             |
| TOTALES             | 4                              | 469.000                             |         | 471.300       |

