

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        | Versión<br>3                     |              |  |                            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                          |                                                               |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | Ruben Antonio Nariño Ruda                                     |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                                                           | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 80062108                   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | rubenruda@hotmail.com                                         |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3115441038                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                               |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | U C S EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES<br>USS 36 ASUNCIÓN BOCHICA |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                        |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU46V07-15           | 100                      |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                                               |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 570005570378744                                               |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 9788                     |                                                               |                        | VIGENCIA                         |              | 2024                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1608                 | FECHA                    | 2025-08-11<br>09:13:36.000                                    |                        | NÚMERO DE CRP                    | 33240        | FECHA                                                                               | 2025-08-14<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          | DESDE                                                         | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               | 2025-07-01             |                                  |              | 2025-07-31                                                                          |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                                               | \$1,766,878            |                                  |              |                                                                                     |                            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                      | PIC                      |                                                               | RESERVA DE GLOSA 0%    |                                  |              | N/A                                                                                 |                            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                                               |                        |                                  | VALORES      |                                                                                     |                            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$19,559,629 |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$8,766,445  |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$1,766,878  |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                                                               |                        |                                  | \$10,793,184 |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                               |                        |                                  | 45%          |                                                                                     |                            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION    | APORTE A SALUD 12.5% IBC |                                                               | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL   | TOTAL APORTES                                                                       |                            |
| 87018481                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,015,955          | \$126,994                |                                                               | \$162,553              | 3                                | \$24,749     | \$314,296                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                        |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                      |                          |                                                               |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                       | PRODUCTOS                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| "Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes." | Acciones en equipos extramurales y sus diferentes estrategias cumpliendo con los lineamientos, entrega de formatos en físico y digitales con veracidad, calidad y oportunidad                                                                     | "Formato de caracterización y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Diligenciamiento de bases de datos correspondientes"                   |
| "Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dar cumplimiento con la meta diaria planteada para el respectivo mes y entrega de soportes definidos según el lineamiento.                                                                                                                        | Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes físicos y digitales establecidos por la SDS                                                     |
| "Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada."                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo de la identificación de sus necesidades y prioridades en salud / intersectorial                                                                                                                | "Formato de activación de ruta digital. Envío de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos"                                          |
| "Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | "Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo su necesidad y prioridad en salud / intersectorial "                                                                                                                                          | "Formato de caracterización y tamizaje Envío de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos "                                          |
| "Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred. "                                                                                                                                                                                                                                                                        | "Asistir a capacitaciones e inducciones para identificación de estrategias para elaborar y desempeñar actividades en campo "                                                                                                                      | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| "Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Acciones en equipos extramurales identificación de necesidades, problemáticas en salud                                                                                                                                                            | Formato de caracterización y tamizajes, según parámetros de SDS.                                                                                       |
| "Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención"                                             | "Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social." | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Entrega de soportes con los criterios de calidad, revisión y corrección de hallazgos y alistamiento de auditoría.                                                                                                                                 | "Formato de caracterización y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Envío de canalizaciones digitales. Diligenciamiento de bases de datos" |
| " Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO se generan glosas en las acciones realizadas durante el mes.                                                                                                                                                                                   | No aplica                                                                                                                                              |
| "Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.                                                                                                                  | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| "Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones."                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | "Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social." | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Realizar adecuado uso de los implementos de identificación personal para un mejor acceso para la identificación de riesgos .                                                                                                                      | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |
| . Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio . Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                             | Mantener en óptimas condiciones los equipos biomédicos para obtener un resultado adecuado de medidas antropométricas.                                                                                                                             | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                              |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
Supervisor

---

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

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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Ruben Antonio Nariño Ruda**

**C.C 80062108 de Bogotá**

La suma de un millón setecientos sesenta y seis ochocientos setenta y ocho pesos Mcte) (1.766.878\$), por concepto de servicios como gestor DE SALUD AUXILIAR DE ENFERMERIA, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9788- 2024



---

**RUBEN ANTONIO NARIÑO RUDA**

**C.C. 80062108 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570005570378744**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 31 de Julio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.**



---

**YENNI CAROLINA  
ESPINOZA PINILLA**

**Apoyo a la supervisión  
Equipos Básicos extramurales**

## SECOP II



**Agencia Nacional  
de Contratación Pública**  
Colombia Compra Eficiente

[Aumentar el contraste](#)
UTC -5 15:40:37
Ruben Antonio Naf...

Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾

Escriorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

☒ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

---

#### Plan de Pagos

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

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

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                       | Nombre del archivo                | Cargado por                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO R.pdf                     | FEBRERO R.pdf                     | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Ruben Antonio Nariño 80062108.pdf | Ruben Antonio Nariño 80062108.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | COBRO MARZO.pdf                   | COBRO MARZO.pdf                   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MAYO 2025 R.pdf                   | MAYO 2025 R.pdf                   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | JUNIO RUBEN.pdf                   | JUNIO RUBEN.pdf                   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >





Medellin, 28 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que RUBEN ANTONIO NARIÑO RUDA con documento de identidad C80062108, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E con NIT N900959048.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

| Información general de la afiliación |            |                                                                         |                   |            |                 |                 |                  |
|--------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Fecha inicio                         | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
| 2024-12-04                           | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III        | 0000000003 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                           |        |                     |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           |                                           |
| CC                    | 80062108           | RUBEN ANTONIO NARIÑO RUDA |        | kra 4B ESTE # 45B02 | 3115441038         |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL        | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                           |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-06              | 2025-06                           | I             | 02/07/2025               | 87018481        | \$440.500     |     |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |           |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 227.800       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            |                     | 347               | 34.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 440.500                             | 440.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 80062108          | RUBEN ANTONIO NARIÑO RUDA |        | kra 4B ESTE # 45B02 | 3115441038         | rubenruda@hotmail.com               |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                           |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                           |        |                     |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                           |        |                     |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-06              | 2025-06                           | I             | 02/07/2025               | 87018481        | \$440.500     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                           |           |        |           |           |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    |       |    |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------|--------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                           |           |        |           |           |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |    |    |    |    | SALUD |    |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IDE     | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 80062108              | NARIÑO RUDA RUBEN ANTONIO | 59        | 0      |           | N         |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    |       |    | 231001   | 1.423.500         | 227.800    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005       | 1.423.500 | 178.000                | 14-11    | 1.423.500 | 3               | 34.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA