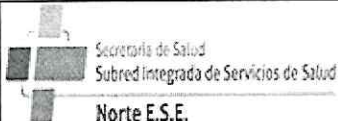


| | | |
|--|---|-------------------------------------|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018 |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-----|-----------------|---------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CASTRO LARA JOHN RAFAEL | | | | | | | | | | 400014 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 79053213 | | | | | | | | | | |
| CORREO | johncas2006@gmail.com | | CELULAR | 3108739697 | | | | | | | | | |
| PROCESO: | Hospitalización | | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | Hospitalización | | UNIDAD: | Simon Bolivar | | | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | A00 | | | | | | | | | | | | |
| BANCO | 12 | | TIPO CUENTA | AHORROS | | | | | | | | | |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 4870191899 | | | | | | | | | | | | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-------|--------------------------|------------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5616-2025 | | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 732 | FECHA | 27/05/2025 | NÚMERO DE CRP: 1 | 29427 | FECHA | 01/06/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 1000 | FECHA | 21/07/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 34840 | FECHA | 25/07/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 1166 | FECHA | 26/08/2025 | NÚMERO DE CRP: 3 | 39373 | FECHA | 31/08/2025 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|---------------------|------|-------|-----|-----|------|--|--|--|--|
| OBJETO: | MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | | |
| | | 01 | 08 | 2025 | | 31 | 08 | 2025 | | | | |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 | | | | | | | | |
| VALOR MES | 21,813,600 | | VALOR LETRAS | | | | | | | | | |
| 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 EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 57,078,920 |
| VALOR EJECUTADO: | 57,078,920 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 19,086,900 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 240 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 210 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 100.00 % |

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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.


| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 7978229799 | 2,225,000 | 3,026,000 | 3 | 433,700 | 0 | 5,684,700 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

Simon Bolivar DG

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.


Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


 SANDOVAL CASTRO ANDREA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


 CASTRO LARA JOHN RAFAEL
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

| | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------|----------------------------|---|------------|------------|-------------|------------|
|  | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | CÓDIGO: AP-CT-F-50 | | | | | |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL | | VERSIÓN: 4 | | | | | |
| ÁREA Y/O SERVICIO: MEDICINA INTERNA - HSB106 //HOSP MEDICINA INTERNA COVID USS SIMÓN BOLÍVAR | | UNIDAD: | | HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR | | | | |
| No. DE CONTRATO: 5616-2025 | | Periodo certificado | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO | | 1 | 08 | 2025 | 31 | 08 | 2025 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: CASTRO LARA JOHN RAFAEL | | | DOCUMENTO: 79053213 | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD - MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo con las necesidades de la institución. | | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 88% | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES CONTRATADAS | | | | ACTIVIDADES REALIZADAS | | | | |
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | | | | Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | | | | |
| 2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | | | | Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | | | | |
| 3. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución. | | | | Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución. | | | | |
| 4. Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades. | | | | Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades. | | | | |
| 5. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales. | | | | Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales. | | | | |
| 6. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos, respuesta interconsulta, y otros según el caso) dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad. | | | | Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos, uesta interconsulta, y otros según el caso) dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad. | | | | |
| 7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución. | | | | Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución. | | | | |
| 8. Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución. | | | | Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución. | | | | |
| 9. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. | | | | Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. | | | | |
| 10. Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día. | | | | Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día. | | | | |
| 11. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente. | | | | Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente. | | | | |
| 12. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE. | | | | Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE. | | | | |

| | |
|---|---|
| 13, Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. | Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. |
| 14, Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido. | Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido. |
| 15, Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad. | Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad. |
| 16, Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución. | Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución. |
| 17, Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución. | Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución. |
| 18, Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades. | Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades. |
| 19, Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte. | Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte. |
| OBSERVACIONES: 210 HORAS EJECUTADAS | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$19086900) DIECINUEVE MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS PESOS | |
|  CASTRO LARA JOHIN RAFAEL 79053213 | Fecha: 31 / 08 / 2025  Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO |
| Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor. | |



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



| | | | |
|---|--|--|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE CÉDULA DE CIUDADANÍA: JOHN RAFAEL CASTRO LARA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7603213 CIUDAD/MUNICIPIO: CORTA DEPARTAMENTO: DELETA PALO DE AGUA BURBUJA IGUALQUE CASO 17 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO/PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (RESFORMA TRIBUTARIA) APORTANTE EXONERADO/PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (RESFORMA TRIBUTARIA): UNICO | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 7978229799 TIPO DE PLANILLA: INDEPENDIENTES PERIODO COTIZACIÓN OTROS: 2025 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2025 DÍAS DE MORA: 2025-09-08 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1668116404 FECHA PAGO (pasamimodj): | |
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE CÉDULA DE CIUDADANÍA: JOHN RAFAEL CASTRO LARA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7603213 CIUDAD/MUNICIPIO: CORTA DEPARTAMENTO: DELETA PALO DE AGUA BURBUJA IGUALQUE CASO 17 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO/PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (RESFORMA TRIBUTARIA) APORTANTE EXONERADO/PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (RESFORMA TRIBUTARIA): UNICO | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 7978229799 TIPO DE PLANILLA: INDEPENDIENTES PERIODO COTIZACIÓN OTROS: 2025 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2025 DÍAS DE MORA: 2025-09-08 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1668116404 FECHA PAGO (pasamimodj): | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|
| TOTAL APORTES A FAVOR | | TOTAL APORTES A FAVOR | | TOTAL APORTES A FAVOR | | TOTAL APORTES A FAVOR | | TOTAL APORTES A FAVOR | | TOTAL APORTES A FAVOR | | TOTAL APORTES A FAVOR | |
| CÓDIGO | 25-14 COLPENSIONES | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|
| TOTAL APORTES A SALUD | | TOTAL APORTES A SALUD | | TOTAL APORTES A SALUD | | TOTAL APORTES A SALUD | | TOTAL APORTES A SALUD | | TOTAL APORTES A SALUD | | TOTAL APORTES A SALUD | |
| CÓDIGO | EFSS01-FALMUSALUD S.A. | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|
| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | |
| CÓDIGO | 14-25-COLMERIA | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|
| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | |
| CÓDIGO | 14-25-COLMERIA | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|
| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | |
| CÓDIGO | 14-25-COLMERIA | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|
| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | |
| CÓDIGO | 14-25-COLMERIA | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|
| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | |
| CÓDIGO | 14-25-COLMERIA | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|
| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | |
| CÓDIGO | 14-25-COLMERIA | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE | ADMINISTRADORA | NOMBRE |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | | SUB-TOTALES: | |

TOTAL PAGADO: \$ 5.695.800