

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                               |                     |                                  |               |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                               |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | Roxana Elizabeth Suárez Peña                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                           | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1018473665                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | roxalalin@gmail.com                                           |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3223211825                 |
| 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 DE BOGOTA          |                                                               |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 796408730                                                     |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                               |                     |                                  |               |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1011                     |                                                               |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1767              | FECHA                    | 2025-08-27<br>13:17:12.000                                    |                     | NÚMERO DE CRP                    | 38575         | FECHA                                                                               | 2025-08-31<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                               |                     |                                  |               |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                         | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                               | 2025-08-01          |                                  |               | 2025-08-31                                                                          |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                               | \$2,532,985         |                                  |               |                                                                                     |                            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial              |                                                               | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |                            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                          |                                                               |                     |                                  |               |                                                                                     |                            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                               |                     |                                  |               |                                                                                     |                            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                               |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |                            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                               |                     |                                  | \$18,451,211  |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                               |                     |                                  | \$17,531,273  |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                               |                     |                                  | \$2,532,985   |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                               |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                               |                     |                                  | \$919,938     |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                               |                     |                                  | 95%           |                                                                                     |                            |
| 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 |                                                                                     |                            |
| 88934666                                                                                                                                                                                                                                                     | \$944,175         | \$118,022                | \$151,068                                                     | 3                   | \$23,000                         | \$292,090     |                                                                                     |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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. | Cumplir con las funciones asignadas y acordes a los lineamientos establecidos en el modelo de Salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales. Diligenciamiento del aplicativo, lista de asistencia y cumplimiento del plan de cuidado asignado para cada usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Aplicativo y listas de asistencias.                                                                                                                                   |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Asistir puntualmente a cada jornada programada y registrar la asistencia. Realizar seguimiento de las actividades desarrolladas en cada jornada, asegurando que se cumplan los objetivos propuestos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Informe de participación en las jornadas y listas de asistencia detalladas.                                                                                           |
| 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 visitas de seguimiento a los hogares de la población identificada para evaluar su estado y brindar orientación y educación según necesidad. Crear y distribuir material informativo sobre prevención de enfermedades y prácticas de salud. Establecer un sistema de notificación para informar a la comunidad sobre alertas y eventos de salud relevantes, incluyendo la coordinación con autoridades locales de salud para la canalización y atención inmediata de los casos identificados.                                                            | Reportes de seguimiento, registros de asistencia a los talleres y charlas, material educativo distribuido, y registro de alertas y eventos notificados.               |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Implementar prácticas centradas en la humanización del servicio, como la comunicación efectiva y la empatía en la atención al paciente y sus familiares. Realizar evaluaciones periódicas de los protocolos de seguridad del paciente, asegurando el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos. Participar en capacitaciones sobre humanización y seguridad, y aplicar las guías institucionales en cada interacción. Documentar cualquier incidente o evento adverso y tomar las acciones correctivas necesarias para minimizar riesgos futuros. | Registros de cumplimiento de protocolos, informes, reporte y diligenciamiento de aplicativo según lineamientos.                                                       |
| 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 puntualmente a las reuniones programadas, tomando nota de las directrices y lineamientos impartidos en cada sesión. Participar activamente en actividades de fortalecimiento de capacidades, inducción y reinducción, completando los ejercicios y evaluaciones correspondientes. Colaborar en la implementación de las recomendaciones obtenidas durante las reuniones en los procedimientos de trabajo diario y en la mejora continua de la calidad del servicio.                                                                                      | Actas de reuniones con registros de asistencia, listas de verificación de competencias adquiridas y reportes de implementación de mejoras recomendadas.               |
| Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Organizar y facilitar talleres y reuniones con grupos de veeduría ciudadana y redes comunitarias para brindar información sobre derechos de salud y mecanismos de participación. Promover la creación de espacios de diálogo entre las comunidades y las instituciones de salud para fomentar la transparencia y fortalecer la movilización social en pro del derecho a la salud.                                                                                                                                                                                | Reportes de la educación y la información brindada a la comunidad, registros de asistencia, planes de atención y cronogramas de eventos o actividades participativas. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. | Preparar y entregar puntualmente los productos e informes solicitados, asegurando que la información esté completa, precisa y actualizada. Realizar el cargue de información en los aplicativos de la Subred o de la SDS, garantizando la exactitud de los datos y cumpliendo con las normas de calidad. Atender de inmediato las observaciones de calidad del supervisor del contrato o líder del proceso, ajustando los productos o informes de acuerdo con los estándares establecidos. Llevar un control de entregas y ajustes realizados para asegurar la conformidad con las programaciones de las líneas de intervención. | Informes entregados, bases de datos actualizadas, registros de cargue en aplicativos, y reportes de ajustes realizados en respuesta a observaciones de calidad. |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Recopilar, organizar y actualizar los documentos y soportes requeridos para las auditorías, asegurando que cumplan con los estándares de la ESE, SDS y otros entes de control. Preparar informes y documentación adicional que respalde los procesos realizados, y verificar que toda la información esté alineada con los requisitos de las auditorías                                                                                                                                                                                                                                                                          | Informes entregados, bases de datos actualizadas, registros de cargue en aplicativos, y reportes de ajustes realizados en respuesta a observaciones de calidad. |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Realizar un cronograma mensual de las actividades a realizar, diligenciar el aplicativo dentro de los tiempos establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Cronograma mensual, aplicativo, listas de asistencia.                                                                                                           |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Recibir y dar seguimiento a las solicitudes generadas por la comunidad de manera efectiva y dentro de los tiempos establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Diligenciamiento aplicativo, canalizaciones, o reportes según sea la necesidad.                                                                                 |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Informar a nuestro jefe inmediato sobre eventualidades como ausencias, retiros o fallas de cualquier tipo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Diligenciamiento aplicativo, canalizaciones, o reportes según sea la necesidad.                                                                                 |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Mantener una presentación óptima, al terreno asignado, comité o asistencia técnica con el uso adecuado del carné, uniforme y zapatos acorde a su actividad profesional en excelentes condiciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Carné institucional, cinta , chaqueta institucional.                                                                                                            |
| Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Portar de manera correcta el carné institucional de forma constante durante la ejecución de las actividades diarias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Carné institucional, cinta , chaqueta institucional.                                                                                                            |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Mantener los equipos asignados por la subred suroccidente en óptimas condiciones, dando uso debido y pertinente según perfil, cargo y actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Acta de entrega de equipos e implementos.                                                                                                                       |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Preparar y entregar puntualmente los productos e informes solicitados, asegurando que la información esté completa, precisa y actualizada. Realizar el cargue de información en los aplicativos de la Subred o de la SDS, garantizando la exactitud de los datos y cumpliendo con las normas de calidad. Atender de inmediato las observaciones de calidad del supervisor del contrato o líder del proceso, ajustando los productos o informes de acuerdo con los estándares establecidos. Llevar un control de entregas y ajustes realizados para asegurar la conformidad con las programaciones de las líneas de intervención. | Informes entregados, bases de datos actualizadas, registros de cargue en aplicativos, y reportes de ajustes realizados en respuesta a observaciones de calidad. |

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**

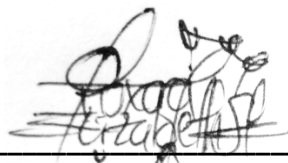
**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**Roxana Elizabeth Suarez Peña**

**C.C 1018473665 de Bogotá**

La suma de dos millones quinientos treinta y dos mil novecientos ochenta y cinco pesos Mcte, \$2'532.985 por concepto de servicios como auxiliar de enfermería, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 1 al 31 de agosto de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1011-2025.



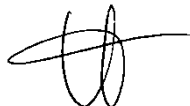
**Roxana Elizabeth Suarez Peña**

**C.C 1018473665 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTÁ**

**NUMERO 796408730**

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



**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**

**Apoyo a la supervisión**

**Equipos Básicos extramurales**

**SECOP II**

Contrato 1011-2025

contratos → Ver contrato

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☒ Recepción de artículos

Plan de Pagos

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

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

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción              |                                             | Nombre del archivo                          | Cargado por |           |         |
|--------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Certificado febrero 2025.pdf                | Certificado febrero 2025.pdf                | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | Roxana Elizabeth Suarez Peña 1018473665.pdf | Roxana Elizabeth Suarez Peña 1018473665.pdf | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | Certificado marzo.pdf                       | Certificado marzo.pdf                       | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | Certificación abril 2025.pdf                | Certificación abril 2025.pdf                | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | Certificación mayo 2025.pdf                 | Certificación mayo 2025.pdf                 | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | Certificación mayo 2025 1.pdf               | Certificación mayo 2025 1.pdf               | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | Certificación Junio 2025.pdf                | Certificación Junio 2025.pdf                | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | Certificación Julio 2025.pdf                | Certificación Julio 2025.pdf                | Proveedor   | Descargar | Detalle |

Medellin, 27 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que ROXANA ELIZABETH SUAREZ PEÑA con documento de identidad C1018473665, 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 |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2025-02-01   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III        | 0000000003 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |



| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                              |        |                      |                    |                     |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                                  | 1018473665        | ROXANA ELIZABETH SUAREZ PEÑA |        | Cra 93 d # 71.49 sur | 9011110            | Roxalalin@gmail.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    UPC        |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0          |
| 2025-07              | 2025-07                           | I             | 11/08/2025               | 88934666        | TOTAL A PAGAR \$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 |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 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                  | 1018473665        | ROXANA ELIZABETH SUAREZ PEÑA |        | Cra 93 d # 71.49 sur | 90111110           | Roxalalin@gmail.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           |
| 2025-07              | 2025-07                           | I             | 11/08/2025               | 88934666        | \$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 | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IDE | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA | 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   | 1018473665            | SUAREZ PEÑA ROXANA ELIZABETH | 59        | 0      |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |    | 230301   | 1.423.500         | 227.800                | 0        | 0       | 0               | 0          | EPS010       | 1.423.500 | 178.000    | 14-11                  | 1.423.500   | 3           | 34.700      |            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA