

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                             |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                             |                                         |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                             | MAYTE CARDENAS                          |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                             | C.C                                     | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52032107 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                             | maytecardenas01@gmail.com               |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 2836187  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                             |                                         |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |          |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                             | PIC ENTORNO CUIDADOR LABORAL - FONTIBON |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                           |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K28              | 100                         |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                             |                                         |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |          |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                             | 570009270437701                         |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO       |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                             |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 6071                        |                                         |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |          |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2152                 | FECHA                       | 2025-11-05 00:00:00.000                 | NÚMERO DE CRP       | 50177                            | FECHA         | 2025-11-10 00:00:00.000                                                             |          |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | Profesional Especializado 4 |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                             | DESDE                                   | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                             |                                         | 2025-10-08          |                                  |               | 2025-10-31                                                                          |          |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                             |                                         | \$5,483,200         |                                  |               |                                                                                     |          |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                             |                                         |                     |                                  | \$5,483,200   |                                                                                     |          |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                             |                                         |                     |                                  | \$5,483,200   |                                                                                     |          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                             |                                         |                     |                                  | \$5,483,200   |                                                                                     |          |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                             |                                         |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |          |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                             |                                         |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                             |                                         |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |          |
| El intervisor 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 |                                                                                     |          |
| 89635371                                                                                                                                                                                                                                                     | \$2,158,704          | \$269,838                   | \$345,393                               | 3                   | \$52,586                         | \$667,817     |                                                                                     |          |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo N° 6 “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | Ejecución de las acciones de caracterización de Unidades de Trabajo Informal (UTI) 17 en la localidad de Kennedy y 8 en Fontibon y asesorías para el mejoramiento de condiciones de salud y trabajo, 40 en Kennedy 13 En fontibon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ficha UTI diligenciada; Base de datos GESI actualizada; Informe mensual operativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Desarrollar acciones de control social, Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada                                                                                                                                                                                                                                       | Realización de actividades educativas y de sensibilización sobre salud laboral, autocuidado y prevención de riesgos; canalización de casos identificados hacia rutas integrales de atención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Formatos de canalización; Registro de intervención en GESI y formato; Material educativo aplicado; Informe de seguimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Realizar seguimiento a las acciones operativas, indicadores, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se realiza seguimiento a compromisos derivados del Decálogo de Salud de los Trabajadores, y verificación del cumplimiento de recomendaciones y medidas de intervención en UTI caracterizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ficha de UTI; Registro de seguimientos; Registro de notificación SIVISTRA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Durante el mes de octubre se participó en diferentes reuniones convocadas por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, orientadas a la coordinación y socialización de los lineamientos correspondientes a la nueva vigencia del convenio. El 7 de octubre se llevó a cabo la reunión de presentación del nuevo convenio; el 8 de octubre se realizó un encuentro con el referente del Entorno Laboral Saludable para socializar los lineamientos técnicos aplicables a la nueva vigencia; el 14 de octubre se participó en la asistencia técnica liderada por la Secretaría Distrital de Salud, en la cual se efectuaron aclaraciones sobre los lineamientos operativos a ejecutar; y el 24 de octubre se desarrolló la reunión de socialización de la forma de operación por localidad a partir del mes de noviembre, junto con la presentación formal del equipo de trabajo | Actas de asistencia y listados firmados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Durante el mes de octubre se realizó la entrega de los soportes físicos correspondientes a los meses de agosto y septiembre, como parte del proceso de auditoría programada. En dicha entrega se incluyeron todos los documentos y evidencias necesarias para la verificación y cumplimiento de las metas establecidas en cada periodo, garantizando la trazabilidad y el cumplimiento a los lineamientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Carpeta de evidencias físicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cumplimiento del protocolo de presentación, comunicación y comportamiento institucional, garantizando un trato digno y respetuoso a la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Este compromiso se evidencia en las fichas diligenciadas durante las intervenciones, en las cuales se brinda acompañamiento integral, orientación oportuna y canalización a los servicios de salud, contribuyendo a la disminución de barreras de acceso y al fortalecimiento del autocuidado. Asimismo, se promueve la mejora continua de las condiciones de salud y trabajo de la población intervenida, en coherencia con los lineamientos del Entorno Laboral Saludable y las estrategias de gestión del riesgo y bienestar colectivo. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio                                                        | Uso adecuado de carné institucional, chaqueta y equipos durante la ejecución en campo; control de inventario de materiales educativos y formatos.                                                                                                                                                                                                                                            | El cumplimiento de esta actividad se evidencia en el reconocimiento que la comunidad tiene del personal en territorio, al identificarlo por el uso adecuado del carné institucional, la chaqueta y los demás elementos distintivos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. Esta visibilidad facilita la confianza y aceptación por parte de los trabajadores informales y de la ciudadanía en general, quienes asocian la presencia del equipo con la Secretaría Distrital de Salud. Dicho reconocimiento respalda la legitimidad del proceso y demuestra el cumplimiento del protocolo de presentación institucional durante las intervenciones en campo. |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                     | Entrega oportuna de los soportes ( ficha UTIS) dentro de las fechas establecidas a GESI para la consolidación de las bases institucionales; entrega de canalizaciones a las rutas correspondientes, datos del plan operativo, reportes a SIVISTRA y diligenciamiento de los drives para el seguimiento a metas y consolidación de informes solicitados por la Secretaría Distrital de Salud. | Bases GESI completamente diligenciadas; fichas UTI que evidencian asesorías e intervenciones del profesional especialista conforme a los lineamientos técnicos; e informes cuantitativos y cualitativos entregados de manera oportuna a las referentes del Entorno Laboral Saludable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente | Se garantiza que la información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas en el presente mes, no se utilizó con propósitos distintos al cumplimiento del presente contrato y cumplen con lo requerido frente a la confidencialidad del dato                                                                                                                     | Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Realizar seguimiento operativo en campo para verificación de cumplimiento de las actividades contractuales de los OPS de su entorno; así como la correcta aplicación de los acuerdos contractuales, con el fin de garantizar la adecuada ejecución del contrato, de conformidad con los términos legales, presupuestales y contractuales vigentes.                        | Verificación del cumplimiento de las metas de caracterización y asesoría en las UTI asignadas, con revisión de fichas, registros y evidencias.                                                                                                                                                                                                                                               | Informe de seguimiento operativo; Acta de revisión de campo; Fichas de UTI visitadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto de este                                                                                                                                                                                                             | No aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica para este mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p style="text-align: center;">MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br/>52744682<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**  
**NIT:900.959.048-4**

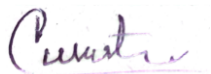
**DEBE A:**

**MAYTE CARDENAS ANGULO**  
**C.C 52032107 DE BOGOTÁ**

La suma de **(5.483.200) CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS M/TE**, por concepto de servicios como **PERFIL ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL- PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4**, en el entorno laboral durante el periodo del 8 al 31 de octubre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6071-2025

*Mayte Cárdenas A*  
**MAYTE CARDENAS ANGULO**  
**C.C. 52032107 DE BOGOTÁ**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**  
**NUMERO 009270437701**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de octubre 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**Maribel Cortes Suarez**  
**Apoyo a la supervisión**  
**Líder localidad de Puente Aranda**

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                       |        |                |                    |                           |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|--------|----------------|--------------------|---------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE      |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                    |
| CC                                  | 52032107          | MAYTE CARDENAS ANGULO |        | CL 64 c 68b 98 | 00000000           | maytecardenas01@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          |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 09/10/2025               | 89635371        | TOTAL A PAGAR \$792.000 |

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 | 312.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 7         | 1.400                 | 0              | 313.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |  |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |  |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 400.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7         | 1.800                 | 0              | 401.800       | 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 | 60.900                 |                  |       |                        | 60.900                | 7         | 300                   | 61.200              |                            |                     | 609               | 61.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |             |              |                 |
|---------------|--------|--|--|--|-------------|--------------|-----------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora       |
| CCF21         | Cafam  |  |  |  | 860013570-3 | 15.000       | 7               |
|               |        |  |  |  |             | 100          | 15.100          |
|               |        |  |  |  |             |              | No. Afiliados 1 |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 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                              | 312.500                             | 313.900       |
| Pensión                | 1                              | 400.000                             | 401.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 60.900                              | 61.200        |
| CCF                    | 1                              | 15.000                              | 15.100        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 788.400                             | 792.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                       |        |                |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE      |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52032107          | MAYTE CARDENAS ANGULO |        | CL 64 c 68b 98 | 00000000           | maytecardenas01@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           |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 09/10/2025               | 89635371        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$792.000     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                       |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |         |    |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                       |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres   | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SIL | IOE | 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   | 52032107              | CARDENAS ANGULO MAYTE | 59        | 0       |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |         |    |    |    |    |    | 25-14    | 2.500.000 | 400.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 2.500.000 | 312.500                | 14-11    | 2.500.000    | 3               | 60.900     | CCF21      | 2.500.000 | 15.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA