





| | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL | | |  |
| | INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS | | | |
| | Código: | SDS-CON-FT-014 | Versión: | |

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

| | | |
|--|---|--|
| DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS | CONTRATO No. 8401160 | PERIODO DEL CONTRATO: |
| | | Fecha de Inicio: 06/10/2025 Fecha de Terminación: 24/11/2025 |
| ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | | PLAZO DE EJECUCIÓN: Un (1) mes y diecinueve (19) días PRÓRROGA: N/A |
| CONTRATISTA: JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | Fecha de Inicio (Prórroga): N/A Fecha de Terminación (Prórroga): N/A SUSPENSIÓN: N/A |
| SUPERVISOR (Nombre y cargo): JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS – SUBDIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 068 GRADO 6 | | Fecha de Inicio (Suspensión): N/A Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A PERIODO DEL INFORME: 01/11/2025 – 24/11/2025 |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la subdirección centro regulador de urgencias y emergencias, para el seguimiento de los procesos y procedimientos que permitan mejoramiento en la calidad de la gestión del sistema de emergencias médicas y el modelo de salud propuesto para el distrito. | | |

| BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO | |
|--|---------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | \$ 12.542.653 |
| VALOR ADICIÓN (SI APLICA): | \$ 0 |
| VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA): | \$ 0 |
| VALOR CEDIDO (SI APLICA) | \$ 0 |
| VALOR A LIBERAR (SI APLICA) | \$ 0 |
| VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA): | \$ 6.399.313 |
| VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME: | \$ 6.143.340 |
| SALDO POR EJECUTAR: | \$ 0 |

| ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL | | |
|---|---|---|
| OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato) | AVANCE ACTIVIDADES (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación) | EVIDENCIAS O SOPORTE (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan) |
| 1. Apoyar el seguimiento a los procesos de calidad de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, en cada una de sus componentes. | Se realiza análisis de casos críticos | Se adjunta evidencias del análisis de casos críticos |
| 2. Apoyar el análisis, seguimiento y formular planes de mejora a la adherencia del talento humano del centro operativo (médicos) en relación con el procedimiento de la Regulación de la Urgencia Médica. | <ul style="list-style-type: none"> Se realiza capacitación de regulación de la urgencia y emergencia médica al personal del CRUE | <ul style="list-style-type: none"> Se adjunta evidencias de la capacitación realizada |
| 3. Apoyar el seguimiento y análisis de la información relacionada a la ejecución de los convenios del programa de Atención Prehospitalaria suscritos con las Subredes Integradas de Servicios de Salud. | Durante el mes de noviembre la ejecución de la obligación no fue solicitada por la subdirección del centro regulador de urgencias. | Durante el mes de noviembre la ejecución de la obligación no fue solicitada por la subdirección del centro regulador de urgencias. |

| | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL | | |  |
| | INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS | | | |
| | Código: | SDS-CON-FT-014 | Versión: | |

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

| | | |
|--|--|--|
| <p>4. Proyectar la respuesta a las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos interpuestas a la DUES, que ingresen de las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, ciudadanía o entes de control.</p> | <p>Durante el mes de noviembre la ejecución de la obligación no fue solicitada por la subdirección del centro regulador de urgencias.</p> | <p>Durante el mes de noviembre la ejecución de la obligación no fue solicitada por la subdirección del centro regulador de urgencias.</p> |
| <p>5. Apoyar la actualización documental, planeación y programación de comités técnicos de seguimiento del sistema de emergencias médicas y estrategias de gestión del riesgo en emergencias y desastres.</p> | <p>Asistir a la Mesa de trabajo Problemática 4:</p> <p>Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante emergencias sanitarias, desastres en Bogotá D.C. vigencia 2025</p> <p>Participar y liderar la articulación con otras áreas por la construcción de la construcción de la actualización de la circular SIRC</p> <p>Presentación y publicación de guía básica de recomendaciones básicas</p> <p>Apoyo a la actualización de documentos de guía de tipificación y lineamiento del Centro Regulador</p> <p>Se construye guía de direccionamiento</p> | <p>Se adjuntan los documentos de nombre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta Mesa de trabajo Problemática 4: Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante emergencias sanitarias, desastres en Bogotá D.C. vigencia 2025 • Acta de construcción de la construcción de la actualización de la circular SIRC • Guía básica de recomendaciones básicas • Guía de direccionamiento • Guía de tipificación y lineamiento del CRUE |
| <p>6. Apoyar las acciones de seguimiento y evaluación a la atención de urgencias y de la atención prehospitalaria y sus recursos mediante el monitoreo y verificación de la información, adherencia a guías, protocolos e indicadores</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realiza análisis de zonas de rumba desde julio del 2024 a julio del 2025 | <p>Se adjunta PDF de nombre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis realizado y presentaciones |
| <p>7. Participar en las diferentes reuniones, que sean convocadas por la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud.</p> | <p>Durante el mes de noviembre la ejecución de la obligación no fue solicitada por la subdirección del centro regulador de urgencias.</p> | <p>- Durante el mes de noviembre la ejecución de la obligación no fue solicitada por la subdirección del centro regulador de urgencias.</p> |



ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:
N/A

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

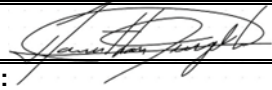
INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

| APORTES EN SALUD | | APORTES EN PENSIÓN | | APORTES RIESGOS LABORALES | |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Empresa: | COMPENSAR | Empresa: | COLPENSIONES | Empresa: | ARL SURA |
| | | | | Nivel Riesgo: | 3 |
| Suma cancelada: | \$307.000 \$13.600 | Suma cancelada: | \$392.900 \$17.400 | Suma cancelada: | \$59.900 \$2.700 |
| No Planilla: | 91528789 41893630 | No Planilla: | 91528789 41893630 | No Planilla: | 91528789 41893630 |
| Mes(es) cancelado(s): | Octubre 2025 Octubre (N) 2025 | Mes(es) cancelado(s): | Octubre 2025 Octubre (N) 2025 | Mes(es) cancelado(s): | Octubre 2025 Octubre (N) 2025 |

| | | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|---|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL | | | |  |
| | INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS | | | | |
| | Código: | SDS-CON-FT-014 | Versión: | 7 | |



Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Suma cancelada: | \$243.800 \$78.100 | Suma cancelada: | \$312.000 \$100.000 | Suma cancelada: | \$47.600 \$15.200 |
| No Planilla: | 91651485 41894782 | No Planilla: | 91651485 41894782 | No Planilla: | 91651485 41894782 |
| Mes(es) cancelado(s): | Noviembre 2025 Noviembre (N) 2025 | Mes(es) cancelado(s): | Noviembre 2025 Noviembre (N) 2025 | Mes(es) cancelado(s): | Noviembre 2025 Noviembre (N) 2025 |

| EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN | | | | | |
|---|--|--|---|--|-----------|
| Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo: | NO APLICA | Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades: | ajtrujillo@saludcapital.gov.co Primer One: MJATRUJILLOMEJ Clave: Jt18956024* | Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación): | NO APLICA |
| FIRMA DEL CONTRATISTA | | | | | |
| CONTRATISTA | NOMBRES Y APELLIDOS: JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | | | |
| | FIRMA:  | | | | |
| | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 685.278 | | | | |

| INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO | |
|--|------------------------------------|
| <p>Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 100,00% de ejecución del contrato</p> <p>Certificó que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyendo la devolución del carné que lo identifica como contratista de la entidad.</p> | OTRAS OBSERVACIONES: N/A |

| INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|--|----|--|
| <p>En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:</p> | | | | |
| Nº | Descripción del Riesgo | ¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X) | | Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo) |
| | | SI | NO | |
| 1 | Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista | | X | N/A |
| 2 | Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista | | X | N/A |
| 3 | Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen | | X | N/A |

| | | | | |
|---|---|----------------|----------|---|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL | | |  |
| | INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS | | | |
| | Código: | SDS-CON-FT-014 | Versión: | |
| Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano | | | | |

| | |
|-------------------|---|
| SUPERVISOR | NOMBRE Y APELLIDO: JOSÉ VICENTE GUZMÁN GÓMEZ |
| | FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP. |

| | |
|---------------|--|
| REVISÓ | NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CAROLINA TORRES TORRES |
| | FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP. |

NOTAS:

- * El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.
- * Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.
- * Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CE | 685278 | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | CL 142 # 11 85 | 6012886467 | jonathan.trujillo2010@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 19/11/2025 | 91528789 | \$759.800 | |

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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 307.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 307.000 | 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 |
|------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 392.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 392.900 | 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 | 59.900 | | | | 59.900 | 0 | 0 | 59.900 | | | 599 | 59.900 | 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 | 307.000 | 307.000 |
| Pensión | 1 | 392.900 | 392.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 59.900 | 59.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 759.800 | 759.800 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CE | 685278 | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | CL 142 # 11 85 | 6012886467 | jonathan.trujillo2010@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2025-10 | 2025-10 | \$759.800 | | | | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|---------|-----------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|-----|------|-------|-----|-----|-------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Estratificación | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MAA | ASAP | VCT | IRL | CDR | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | CE | 685278 | TRUJILLO MEJIAS JONATHAN ALBERTO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.455.615 | 392.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.455.615 | 307.000 | 14-11 | 2.455.615 | 3 | 59.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CE | 685278 | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | CL 142 # 11 85 | 6012886467 | jonathan.trujillo2010@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| 91528789 | 19/11/2025 | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2025-10 | 2025-10 | \$33.700 | | | | |

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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 13.000 | 0 | | 0 | | 0 | 66 | 600 | 0 | 13.600 | 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 | 16.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66 | 700 | 0 | 17.400 | 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 | 2.500 | | | | 2.500 | 66 | 200 | 2.700 | | | 25 | 2.700 | 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 | 66 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 66 | 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 | 13.000 | 13.600 |
| Pensión | 1 | 16.700 | 17.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 2.500 | 2.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 32.200 | 33.700 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CE | 685278 | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | CL 142 # 11 85 | 6012886467 | jonathan.trujillo2010@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 | |
| 91528789 | 19/11/2025 | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2025-10 | 2025-10 | \$33.700 | | | | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|---------|-----------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|-----|------|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Estratificación | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MAA | ASAP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | CE | 685278 | TRUJILLO MEJIAS JONATHAN ALBERTO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.559.726 | 409.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.559.726 | 320.000 | 14-11 | 2.559.726 | 3 | 62.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CE | 685278 | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | CL 142 # 11 85 | 6012886467 | jonathan.trujillo2010@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 21/11/2025 | 91651485 | \$603.400 | |

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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 243.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 243.800 | 1 |

TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 312.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 312.000 | 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 | 47.600 | | | | 47.600 | 0 | 0 | 47.600 | | | 476 | 47.600 | 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 | 243.800 | 243.800 |
| Pensión | 1 | 312.000 | 312.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 47.600 | 47.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 603.400 | 603.400 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CE | 685278 | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | CL 142 # 11 85 | 6012886467 | jonathan.trujillo2010@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 | | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC | |
| | | | | | 1 | 0 | |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 21/11/2025 | 91651485 | \$603.400 | | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------------|-----------|---------|-----------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-----|----|-------|------|-----|-------------------|------------|----------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Estratificación | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MAA | ASAP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | CE | 685278 | TRUJILLO MEJIAS JONATHAN ALBERTO | 57 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.950.000 | 312.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.950.000 | 243.800 | 14-11 | 1.950.000 | 3 | 47.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CE | 685278 | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | CL 142 # 11 85 | 6012886467 | jonathan.trujillo2010@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

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | EMPLEADOS | UPC |
| 91651485 | 21/11/2025 | | | | 1 | 0 |
| 2025-11 | 2025-11 | N | 26/01/2026 | 41894782 | \$193.300 | |

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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 76.200 | 0 | | 0 | | 0 | 39 | 1.900 | 0 | 78.100 | 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 | 97.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 | 2.400 | 0 | 100.000 | 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 | 14.800 | | | | 14.800 | 39 | 400 | 15.200 | | | 148 | 15.200 | 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 | 39 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 39 | 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 | 76.200 | 78.100 |
| Pensión | 1 | 97.600 | 100.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 14.800 | 15.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 188.600 | 193.300 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CE | 685278 | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | | CL 142 # 11 85 | 6012886467 | jonathan.trujillo2010@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| 91651485 | 21/11/2025 | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2025-11 | 2025-11 | \$193.300 | | | | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------------|-----------|---------|-----------------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|------|-----|-----|------------|----------|-----------|-------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Estratificación | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MAA | ASAP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | CE | 685278 | TRUJILLO MEJIAS JONATHAN ALBERTO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.559.726 | 409.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.559.726 | 320.000 | 14-11 | 2.559.726 | 3 | 62.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Medellin, 20 de noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS** con documento de identidad **E685278**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|---|-----------------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2024-08-02 | 2025-11-30 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | CALL CENTER LINEAS R1 | 0000000 015 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

· Medellín **604 4444578**
 · Bogotá **6014055911**
 · Cali **602 3808938**
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**
 · Bucaramanga **6076917938**
 · Cartagena **605 6424938**
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
 Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com

| | | | | | |
|----------|-------------------------------------|-------------|----|-------------------------|-----------|
| Entidad: | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | | | | |
| Código: | 201 | Unidad Eje: | 01 | Fecha Diligenciamiento: | 07-NOV-25 |

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | | |
|------------|----------------------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Nombre: | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | Regimen: | No Responsable | |
| Dirección: | CL 142 11 85 | Teléfono y Fax: | | |
| C.C o NIT: | 685278 | Banco/Sucursal: | DAVIVIENDA | |
| | | | Cuenta No/Clase: | 452900131692/A |

2. DATOS DEL COMPROMISO

| | | | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------------|---------|--|-------|
| Compromiso a Pagar: | CONTRATACION DIRECTA | No: | 8401160 | Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio: | TOTAL |
| Acta de Recibo No: | | Nombre del Interventor: | | | |

Detalle

CTO-NO8401160-PLANILLA OGI_VIGENCIA-OCTUBRE 2025-PERIDO DE:06-oct 30-oct-2025

| | |
|------------------------|----------|
| Tipo de Orden de Pago: | VIGENCIA |
|------------------------|----------|

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

| CDP | Código Rubro | Registro | Nombre | Valor Aplicación (Gasto) |
|-----------------|--|----------|---------------------------------|--------------------------|
| 5856 | 02-3-01-17-019-05-20240200-236083051 | 6001 | Contratacion del Recurso Humano | \$6.399.313,00 |
| VR BRUTO | SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS | | | \$6.399.313,00 |

| ID Rubro | Fuente | Detalle | Valor | |
|--------------------------------------|----------|---------|----------------|-------|
| 02-3-01-17-019-05-20240200-236083051 | 01 | 12013 | \$6.399.313,00 | |
| Tipo | Com | Objeto | Ingreso | Banco |
| 023 | 20202009 | 91122 | 01-5-01-01-001 | |

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

| Descripción | % Descuento | Base de Retención | Código Contable | VALORES |
|---|-------------|-------------------|-----------------|----------------|
| Valor Bruto | | | 5-1-11-79-0001 | \$6.399.313,00 |
| ESTAMPILLA - EST. PROCULTURA 0,5% | .5 | \$6.399.313,00 | 2-4-36-90-0003 | \$31.997,00 |
| RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA) | 0 | \$4.242.160,00 | 2-4-36-15-0001 | \$56.965,00 |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2% | 2 | \$6.399.313,00 | 2-4-36-90-0007 | \$127.986,00 |
| RETEICA- SERVICIOS 0,766% | .766 | \$5.656.213,00 | 2-4-36-27-0001 | \$43.327,00 |

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Valor amortización: | |
| Id fuente | Detalle |
| 01 | Recursos Del Distrito |
| 12013 | APORTE ORDINARIO |

| | | |
|--------------------|---|----------------|
| TOTAL DESCUENTOS | | \$260.275,00 |
| VALOR NETO A GIRAR | SEIS MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL TREINTA Y OCHO PESOS | \$6.139.038,00 |
| | Código contable | 2-4-01-02-0003 |

MOVIMIENTO TESORERÍA

| | |
|-------------|--|
| Endosado a: | |
|-------------|--|

| | |
|---------------|---|
| Observaciones | Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración) |
| | Nombre _____ |
| | Cédula _____ Firma _____ |

JAZMIN ALEXANDRA SANCHEZ ARISTIZABAL
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto



| | | | | | |
|----------|-------------------------------------|-------------|----|-------------------------|-----------|
| Entidad: | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD | | | | |
| Código: | 201 | Unidad Eje: | 01 | Fecha Diligenciamiento: | 04-DEC-25 |

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | | |
|------------|----------------------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Nombre: | JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS | Regimen: | No Responsable | |
| Dirección: | CL 142 11 85 | Teléfono y Fax: | | |
| C.C o NIT: | 685278 | Banco/Sucursal: | DAVIVIENDA | |
| | | | Cuenta No/Clase: | 452900131692/A |

2. DATOS DEL COMPROMISO

| | | | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------------|---------|--|-------|
| Compromiso a Pagar: | CONTRATACION DIRECTA | No: | 8401160 | Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio: | TOTAL |
| Acta de Recibo No: | | Nombre del Interventor: | | | |

Detalle

CTO-NO8401160-PLANILLA OGI_VIGENCIA-NOVIEMBRE 2025-PERIDO DE:01-nov 24-nov-2025

| | |
|------------------------|----------|
| Tipo de Orden de Pago: | VIGENCIA |
|------------------------|----------|

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

| CDP | Código Rubro | Registro | Nombre | Valor Aplicación (Gasto) |
|-----------------|--|----------|---------------------------------|--------------------------|
| 5856 | 02-3-01-17-019-05-20240200-236083051 | 6001 | Contratacion del Recurso Humano | \$6.143.340,00 |
| VR BRUTO | SEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS | | | \$6.143.340,00 |

| ID Rubro | Fuente | Detalle | Valor | |
|--------------------------------------|----------|---------|----------------|-------|
| 02-3-01-17-019-05-20240200-236083051 | 01 | 12013 | \$6.143.340,00 | |
| Tipo | Com | Objeto | Ingreso | Banco |
| 023 | 20202009 | 91122 | 01-5-01-01-001 | |

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

| Descripción | % Descuento | Base de Retención | Código Contable | VALORES |
|---|-------------|-------------------|-----------------|----------------|
| Valor Bruto | | | 5-1-11-79-0001 | \$6.143.340,00 |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2% | 2 | \$6.143.340,00 | 2-4-36-90-0007 | \$122.867,00 |
| RETEICA- SERVICIOS 0,766% | .766 | \$5.430.040,00 | 2-4-36-27-0001 | \$41.594,00 |
| ESTAMPILLA - EST PROCULTURA 0,5% | .5 | \$6.143.340,00 | 2-4-36-90-0003 | \$30.717,00 |
| RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA) | 0 | \$4.072.530,00 | 2-4-36-15-0001 | \$54.686,00 |

| | | | | |
|---------------------|-------------------------|--------------------|--|-----------------|
| Valor amortización: | TOTAL DESCUENTOS | | | \$249.864,00 |
| Id fuente | Detalle | VALOR NETO A GIRAR | CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS | \$5.893.476,00 |
| 01 | Recursos Del Distrito | | | Código contable |
| 12013 | APORTE ORDINARIO | | | 2-4-01-02-0003 |

MOVIMIENTO TESORERÍA

| | |
|-------------|--|
| Endosado a: | |
|-------------|--|

| | |
|---------------|---|
| Observaciones | Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración) |
| | Nombre _____ |
| | Cédula _____ Firma _____ |

| | |
|---|---|
| YURY ANGELICA MEDINA OSPINA GESTION DE PAGOS | YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto |
|---|---|





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO BIBLIOTECA

| | | | | | |
|----------------|----------------|---------------|------------|-----------------|---|
| Código: | SDS-ICI-FT-035 | Fecha: | 2025-05-14 | Versión: | 1 |
|----------------|----------------|---------------|------------|-----------------|---|

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA DIRECCION DE
PLANEACION SECTORIAL - BIBLIOTECA

CERTIFICA


Que revisados los registros que aparecen en el Sistema Bibliográfico de la Biblioteca de la Secretaría Distrital de Salud, se constató que a la fecha el (la) señor(a), **JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS**, identificado con la cédula de ciudadanía N. **685278**, no tiene material bibliográfico en préstamo.

Se expide la presente certificación a petición del interesado(a) en Bogotá D.C a los 18 días del mes de diciembre de 2025.

Firma: ANGIE PAEZ Firmado digitalmente por Angie Liseth Pérez Lara

Nombre: Angie Liseth Pérez Lara

Profesional Universitario – BIBLIOTECA

| | |
|---|--|
| Verificación realizada en el Sistema por: | Firmado digitalmente por Jeimy Katherin Poveda |
| Angie Liseth Pérez Lara | Firma.  |