

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                  |                     | 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         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                 |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                 | Dinael Mauricio Garcia Sissa                     |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                 | C.C                                              | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1010225728 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                 | dinael13@hotmail.com                             |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3202323303 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                 |                                                  |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                 | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA<br>USS FONTIBÓN |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                               |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO03I06           | 100                             |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A                 |                                                  |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                 | 91212998350                                      |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 5665                            |                                                  |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 248               | FECHA                           | 2026-01-09<br>00:00:00.000                       | NÚMERO DE CRP       | 518                              | FECHA         | 2026-01-09<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                 | DESDE                                            | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                  | 2026-01-01          |                                  |               | 2026-01-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                 |                                                  | \$14,601,546        |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial                     |                                                  | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                                 |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                 |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                 |                                                  |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                 |                                                  |                     |                                  | \$64,895,760  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                 |                                                  |                     |                                  | \$64,895,760  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                 |                                                  |                     |                                  | \$14,601,546  |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 92586623                                                                                                                                                                                                                                                     | \$6,705,895       | \$838,237                       | \$1,072,943                                      | 3                   | \$163,356                        | \$2,074,536   |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                                 |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Jaime Alberto Goenaga<br>72161935<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                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1.- Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad 2.- Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3.- Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 4.- Participar en la programación de actividades del área 5.- Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 6.- Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 7.- Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 8.- Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 9.- Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10.- Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación 11.- Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 12.- Emitir conceptos médicos que se le requieran 13.- Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred 14.- Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato 15.- Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional. | Se alimenta la información en la historia clínica. |
| 16.- Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado 17.- Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos 18.- Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales 19.- Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 20.- Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención.                                                                    | Lista de asistencia en el caso de que se genere.   |
| 21.- Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N/A                                                                                                                                                                                                    | N/A                                                |
| 22.- Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social.                                                                                                                         | Pago mensual de la planilla de seguridad social.   |
| 23.- Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                                               | Se alimenta la información en la historia clínica. |

Jaime Alberto Goenaga  
72161935  
Supervisor

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

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

Espacio para  
Logo Corporativo

Dinael Mauricio García Contreas  
NIT 1.010.225.728-7  
Ci 19 No 3232  
Tel: 3202323303  
Bogotá - Colombia  
dinael13@hotmail.com



Factura electrónica de venta  
No. FE 3

|           |                                                       |          |                   |
|-----------|-------------------------------------------------------|----------|-------------------|
| Señores   | SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE |          |                   |
| NIT       | 900.959.048-4                                         | Teléfono | (601) 3795180     |
| Dirección | Calle 9 N 39 46                                       | Ciudad   | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| Generación           | 30/01/2026, 16:49 |
| Expedición           | 30/01/2026, 16:49 |
| Vencimiento          | 30/01/2026        |

| Ítem | Descripción                                                                                                                 | Cantidad | Vr. Total     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|
| 1    | Servicios Profesionales de Especialista en Medicina Interna prestados durante el mes de enero 2026 según contrato 5665-2025 | 1.00     | 14,601,546.00 |

Total items: 1

Valor en Letras:

Catorce millones seiscientos un mil quinientos cuarenta y seis pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 14,601,546.00

Observaciones:

|               |               |
|---------------|---------------|
| Total Bruto   | 14,601,546.00 |
| Total a Pagar | 14,601,546.00 |

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764103926456 aprobado en 20251228 prefijo FE desde el número 1 al 1000 Vigencia: 24 Meses Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa  
CUFE: 3f6dc8ad69892ad3772fa14b2c2a02741b4655162c9a54a2dcebe19146c42ccc760b494f4bc92e79efcc60119378015c

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sliigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Sliigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                   |                    |                      |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 1010225728        | DINAEL MAURICIO GARCIA SISSA |        | Calle 19C # 32-32 | 4772988            | dinael13@hotmail.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 |     |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 06/01/2026               | 92586623        | \$2.141.900   |     |

### 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 | 838.300                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 838.300        | 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 | 1.073.000              | 0                          | 0                           | 33.600                   | 33.600                    | 0         | 0                     |                | 1.140.200     | 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 | 163.400                |                  |       |                        | 163.400               | 0         | 0                     | 163.400             |                            |                     | 1.634             | 163.400       | 1             |

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

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| 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                              | 838.300                             | 838.300       |
| Pensión                | 1                              | 1.140.200                           | 1.140.200     |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 163.400                             | 163.400       |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 2.141.900                           | 2.141.900     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                   |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1010225728        | DINAEL MAURICIO GARCIA SISSA |        | Calle 19C # 32-32 | 4772988            | dinael13@hotmail.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                              |        |                   |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                              |        |                   |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 06/01/2026               | 92586623        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$2.141.900   |

| 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 exonerada     | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MA | MAA | MAC | AVP | VCT   | VR | CONSECO | 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   | 1010225728            | GARCIA SISSA DINAEL MAURICIO |  |  |  | 57        | 0       |           |                       | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |    |     |     |     |       |    |         | 25-14             | 6.705.896 | 1.073.000  | 0                    | 0                    | 33.600                         | 33.600                          | EPS008   | 6.705.896 | 838.300                | 14-11    | 6.705.896 | 3               | 163.400    |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

Medellín, 22 de enero de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DINAEL MAURICIO GARCIA SISSA identificado(a) con C1010225728 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10102257282602244320