

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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA |                 |                          |                 |   |                 |             |                 |   |                 |            |                 |        |  |
|-----------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|---|-----------------|-------------|-----------------|---|-----------------|------------|-----------------|--------|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:     |                 | IBARRA DIAZ ERICK YOHAN  |                 |   |                 |             |                 |   |                 |            |                 | 422013 |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:          |                 | Cedula                   |                 |   |                 | No.         |                 |   |                 | 1000931195 |                 |        |  |
| CORREO                      |                 | johandiaz2610@gmail.com  |                 |   |                 | CELULAR     |                 |   |                 | 3219827556 |                 |        |  |
| PROCESO:                    |                 | GESTION DEL RIESGO - PIL |                 |   |                 |             |                 |   |                 |            |                 |        |  |
| SERVICIO:                   |                 | GESTION DEL RIESGO - PIL |                 |   |                 | UNIDAD:     |                 |   |                 | Chapinero  |                 |        |  |
| CENTRO DE COSTOS            | Centro de costo | %                        | Centro de costo | % | Centro de costo | %           | Centro de costo | % | Centro de costo | %          | Centro de costo | %      |  |
|                             | A00             |                          |                 |   |                 |             |                 |   |                 |            |                 |        |  |
| BANCO                       |                 | 4                        |                 |   |                 | TIPO CUENTA |                 |   |                 | AHORROS    |                 |        |  |
| NUMERO CUENTA BANCARIA      |                 | 91212290969              |                 |   |                 |             |                 |   |                 |            |                 |        |  |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |  |           |  |           |  |              |  |                          |  |       |  |       |  |            |  |     |  |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|--------------|--|--------------------------|--|-------|--|-------|--|------------|--|-----|--|------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |  |           |  | 9202-2025 |  |              |  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  |       |  |       |  |            |  |     |  |      |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             |  | 1268      |  | FECHA     |  | 16/09/2025   |  | NÚMERO DE CRP: 1         |  | 54251 |  | FECHA |  | 10/11/2025 |  |     |  |      |  |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             |  | 1807      |  | FECHA     |  | 19/12/2025   |  | NÚMERO DE CRP: 2         |  | 63258 |  | FECHA |  | 19/12/2025 |  |     |  |      |  |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             |  | 46        |  | FECHA     |  | 08/01/2026   |  | NÚMERO DE CRP: 3         |  | 1780  |  | FECHA |  | 19/01/2026 |  |     |  |      |  |
| OBJETO: TECNICO I- AUXILIAR DE ENFERMERIA                                                                                                                                                                                                                    |  |           |  |           |  |              |  |                          |  |       |  |       |  |            |  |     |  |      |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |  |           |  | DESDE     |  | DIA          |  | MES                      |  | AÑO   |  | HASTA |  | DIA        |  | MES |  | AÑO  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |           |  |           |  | 01           |  | 01                       |  | 2026  |  |       |  | 31         |  | 01  |  | 2026 |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |  |           |  | PIC       |  |              |  | RESERVA DE GLOSA 2%      |  |       |  | 0     |  |            |  |     |  |      |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 2,980,800 |  |           |  | VALOR LETRAS |  |                          |  |       |  |       |  |            |  |     |  |      |  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |  |           |  |           |  |              |  |                          |  |       |  |       |  |            |  |     |  |      |  |

| CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO       |           |
|-----------------------------------------|-----------|
| CONCEPTO                                | VALORES   |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 6,188,400 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 3,969,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 761,400   |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 184       |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 47        |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0         |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 2,219,400 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 64.14 %   |

| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                      |           |           |      |           |            |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. |           |           |      |           |            |                |
| PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
| 1247522                                                                                                                                                                                                                                      | 178,000   | 227,800   | 3    | 34,700    | 0          | 440,500        |
|                                                                                                                                                                                                                                              | 0         | 0         |      | 0         | 0          |                |

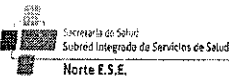
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

LOZANO TORRES INGRID PAOLA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

IBARRA DIAZ ERICK YOHAN  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

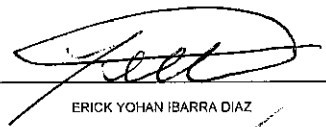
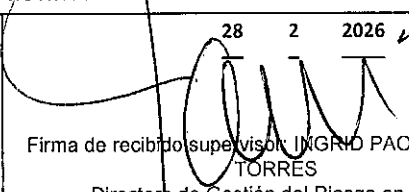
Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                          |            |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                                           | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>         |  |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |                                          |            |            |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | VERSION: 4         |                                          |            |            |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |  |                              |  | PÁGINA: 1 DE 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                                          |            |            |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |  |                              |  | FECHA: 07/11/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                                          |            |            |            |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                              |  | <b>UNIDAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    | <b>EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR</b> |            |            |            |
| <b>No. DE CONTRATO: 9202-2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b>   |  | <b>Día</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Mes</b>         | <b>Año</b>                               | <b>Día</b> | <b>Mes</b> | <b>Año</b> |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |                              |  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 02                 | 2026                                     | 28         | 2          | 2026       |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: ERICK YOHAN IBARRA DIAZ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |  | <b>DOCUMENTO: 1000931195</b> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                          |            |            |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO 1-GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                          |            |            |            |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                          |            |            |            |
| <b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |  |                              |  | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                                          |            |            |            |
| 1. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega y archivo, de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |                              |  | Manejar adecuadamente los documentos proporcionados como rotafolios documentos de consulta ,formatos de diligenciamiento que se utilicen con frecuencia                                                                                                                                                                                                      |                    |                                          |            |            |            |
| 2. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |                              |  | Mantener buena presentacion personal ,tener buen uso de elementos institucionales como carnet chaqueta y demas elementos que tengan logo institucional de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E                                                                                                                                              |                    |                                          |            |            |            |
| 3. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  |  |                              |  | Dar buen uso a los equipos biomedicos suministrados para poder realizar una optima atencion en salud                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                          |            |            |            |
| 4. Se obliga a brindar el apoyo técnico, administrativo y operativo necesario para el fortalecimiento del sistema de gestión de calidad de la subred integrada de servicios de salud norte e. S. E. ,con el fin de dar cumplimiento a los estándares y requisitos exigidos por el sistema único de acreditación en salud. |                                                                            |  |  |                              |  | Se realiza fortalecimiento técnico por parte de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                                          |            |            |            |
| 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción programadas por la secretaria distrital de salud, por dirección de gestión del riesgo, supervisora de contrato o subred.                                                           |                                                                            |  |  |                              |  | Se realizaron actividades para este periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                          |            |            |            |
| 6. Presentar soportes y auditorías programadas tanto, de la ese, sds o p                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |                              |  | Presentar soportes fisicos de forma adecuada sin tachones o enmendaduras en los documentos a presentar con el lider operativo asignado                                                                                                                                                                                                                       |                    |                                          |            |            |            |
| 7. Desarrollar las acciones previstas en los ebe de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                              |  | No se realizaron acciones para este periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                          |            |            |            |
| 8. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |                              |  | No se realizaron acciones para este periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                          |            |            |            |
| 9. Toma de medidas antropométricas.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                              |  | Se realiza toma de medidas antropométricas a cada integrante de las familias caracterizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                          |            |            |            |
| 10. Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud amiliar, así como la activación de rutas integrales por medio del                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |                              |  | Realizacion de las canalizaciones, articulaciones para agendamiento de citas medicas en caso que se requiera                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                          |            |            |            |
| 11. Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, registro en el aplicativo g-taps, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos referenciados por las familias abordadas                                                                         |                                                                            |  |  |                              |  | Se registra en el aplicativo G-TAPS 55 caracterizaciones cumpliendo con los atributos de calidad del mes que corresponda de toma territorio                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                          |            |            |            |
| 12. Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operación del convenio.                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |                              |  | Realizar caracterizacion toma de tamizajes que muestren factores de riesgo complementando la atencion con los profesionales que conforman el programa en salud en caso que se requiera                                                                                                                                                                       |                    |                                          |            |            |            |
| 13. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |  |                              |  | Se realiza aplicacion de tamizajes de FIDRISC, OMS, EPOC Y APGAR a la familias caracterizadas, según la necesidad.                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                          |            |            |            |
| 14. Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas según los documentos operativos de ebe                                                |                                                                            |  |  |                              |  | Se realizan actividades de Abordaje Territorial, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo mas bienestar y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en los formatos establecidos por SDS. |                    |                                          |            |            |            |
| 15. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los ebe.                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |  |                              |  | No se ejecutaron acciones para este periodo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                          |            |            |            |
| 16. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias definidas por el equipo de gestión de los ebe con las características de calidad y pertinencia técnica esperados                                                                                             |                                                                            |  |  |                              |  | Se realizan entrega de formatos de firmas de EMBH, acorde a las acciones realizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                          |            |            |            |

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.                                                                                    | No se ejecutaron acciones para este periodo.                                                                                                                                                    |
| 18. Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar,                                     | No se ejecutaron acciones para este periodo.                                                                                                                                                    |
| 19. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la subred.                                                           | Participar activamente en fortalecimiento o actividades asignadas por la subred y líderes operativos a cargo                                                                                    |
| 20. El CONTRATISTA autoriza a la Subred el manejo de sus datos personales e información que reposen en la carpeta contractual y entrega a las                                                              | Tener actualizado documentación según requerimientos realizados por la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E                                                                       |
| 21. El CONTRATISTA se obliga a devolver el carnet, chaqueta, elementos institucionales, información o bienes muebles entregados con ocasión del desarrollo de sus actividades y cumplimiento contractual.  | Entregar en su totalidad insumos biomedicos ,dotacion institucional como carnet de acreditacion con la entidad chaqueta / uniformes dados la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E |
| 22. Se obliga a la aprobación del contrato, modificación contractual dentro del primer día hábil siguiente en la plataforma del SECOP II y/o en físico so pena de incumplimiento.                          | firmar contrato ante la plataforma del secop apenas sea cargado y notificados por los Líderes operativos a cargo                                                                                |
| 23. Declaro bajo la gravedad del juramento la veracidad de los documentos entregados para la contratación y pago de honorarios so pena de terminación de contrato y/o denuncia penal y retención del pago. | Entregar documentación pertinente sin alterar ningún documento                                                                                                                                  |
| 24. Reportar el primer día hábil siguiente cualquier cambio o modificación al sistema general de seguridad social en salud y reportarlo a la Dirección de Contratación.                                    | Notificar algún cambio relevante al área encargada para poder gestionar los cambios al respecto                                                                                                 |

**OBSERVACIONES:**

|                                             |                    |                                                              |
|---------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------|
| TOTAL A PAGAR (Numero y letras): M/CTE (\$) | \$ 2.980.800 M/CTE | DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE |
|---------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ERICK YOHAN IBARRA DIAZ<br>CC: 1000931195 | 28 2 2026<br><br>Firma de recibido supervisor INGRID PAOLA LOZANO TORRES<br>Directora de Gestión del Riesgo en Salud |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                       |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1000931195        | ERICK YOHAN IBARRA DIAZ |        | CL 14 A SUR # 12 - 28 | 7282498            | erickyohanibarra@gmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | CUNDINAMARCA          | SOACHA             |                                     |
|                     |                   |                         |        |                       |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                         |        |                       |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 1247522         | 14/01/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2025-12              | 2025-12                            | I               | \$0                       | \$440.500          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |                 |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre          | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |                 |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS002        | Salud Total EPS | 800130907-4 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 227.800       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            |                     | 347               | 34.700        | 1             |

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

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 440.500                             | 440.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                       |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1000931195        | ERICK YOHAN IBARRA DIAZ |        | CL 14 A SUR # 12 - 28 | 7282498            | erickyohanibarra@gmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | CUNDINAMARCA          | SOACHA             |                                     |
|                     |                   |                         |        |                       |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                         |        |                       |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 1247522         | 14/01/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2025-12              | 2025-12                           | I               | \$0                      | \$440.500          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                         |           |         |            |                 |          |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |            |             |           |      |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |      |                           |          |              |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------|-----------|---------|------------|-----------------|----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|----------|--------------|------|-----------------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                         |           |         |            |                 |          | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |            |             | SALUD     |      |            |                        | RIESGOS LABORALES       |                                      |                                       |          | CCF       |      |                           |          | PARAFISCALES |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres     | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonente | INS                   | RET | TDE | TAE | TAP | UPP | VST | SEN | ICE     | LVA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |   |
| 1                     | CC<br>1000931195                      | IBARRA DIAZ ERICK YOHAN | 59        | 0       |            |                 | N        |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |            | 230301      | 1.423.500 | 30   | 227.800    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS002   | 1.423.500 | 30   | 178.000                   | 14-11    | 1.423.500    | 30   | 3               | 34.700     |               | 0       | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 | 0 |