

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                 |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | MARIA DEL PILAR QUIJANO BERNAL                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             | C.C                                                             | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1022327097 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                             | mpquijanobernal@gmail.com                                       |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3015994280 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                                                 |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | PIC GESTIÓN ANÁLISIS POLÍTICAS BIENESTAR TERRITORIOS - FONTIBON |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                           |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K25           | 100                         |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A        |                                                                 |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             | 9570345620                                                      |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 6567                        |                                                                 |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 931               | FECHA                       | 2026-04-15 15:59:53.000                                         | NÚMERO DE CRP       | 16377                            | FECHA         | 2026-04-24 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                             | DESDE                                                           | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                 | 2026-04-01          |                                  |               | 2026-04-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                                                 | \$6,127,200         |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                         |                                                                 | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                                                                 |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                                                 |                     |                                  | \$52,713,900  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                 |                     |                                  | \$44,533,200  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                             |                                                                 |                     |                                  | \$6,127,200   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                 |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |                                                                 |                     |                                  | \$8,180,700   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                                                 |                     |                                  | 84%           |                                                                                     |            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC    | APORTE PENSION 16% IBC                                          | NIVEL ARL           | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 75512113                                                                                                                                                                                                                                                     | \$3,108,000       | \$388,500                   | \$497,280                                                       | 3                   | \$75,711                         | \$961,491     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                        |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                             |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo N° 6 "Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Se da cumplimiento a las actividades relacionadas con el perfil y las responsabilidades propias del cargo en el proceso de Gestión y análisis de Políticas, en la localidad Fontibón, realizando apropiación a los lineamientos distritales para el convenio en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas. | Acta y listado de actividades desarrolladas en cumplimiento del rol como líder operativa de la localidad de Fontibón.                                                                                                                                                                                                  |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se participa en actividades programadas desde la Secretaría Distrital de Salud y la Subred de acuerdo con lo solicitado.                                                                                                                                                                                        | Acta y/o listado de asistencia de las actividades convocadas.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Desarrollar acciones de control social, Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza socialización en espacios de participación o instancias locales respecto a eventos de interés en salud pública y otros de acuerdo con los requerimientos de la entidad.                                                                                                                              | Actas y/o listados de asistencia de espacios de socialización.                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Realizar seguimiento a las acciones operativas, indicadores, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realiza seguimiento a las acciones propias de las políticas públicas en cumplimiento de metas e indicadores por medio del espacio sectorial de coordinación de políticas, promoviendo escenarios de articulación sectorial en respuesta a necesidades identificadas.                                         | Acta y listado de asistencia del espacio sectorial de coordinación de las políticas.                                                                                                                                                                                                                                   |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se participa en reuniones de asistencia técnicas de acuerdo con convocatorias de la Subred o de Secretaría Distrital de Salud                                                                                                                                                                                   | Acta y/o listado de asistencia de asistencias técnicas.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Monitorear la entrega de cronograma mensual de actividades de los contratistas, verificando el cumplimiento de informes de gestión, productos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y o programación de cada una de las líneas de intervención.                                                                  | Se presenta cronograma de actividades que contemplan desarrollo de informes de gestión, envío de productos, participación en espacios sectoriales e intersectoriales y otras actividades programadas por el sector.                                                                                             | Matriz cronograma de actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se desarrollan proceso de pre auditoria con los delegados de política de la localidad de Fontibón, de igual forma se hace preparación, presentación y acompañamiento del proceso de seguimiento a la supervisión de secretaria de salud.                                                                        | Actas preauditoria y proceso de auditoria                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se da cumplimiento a actividades establecidas en el cronograma y cumplimiento de actividades a las cuales se convoca al sector.                                                                                                                                                                                 | Desarrollo de actividades sin novedad durante el periodo de reporte.                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se mantiene imagen institucional en el desarrollo de actividades y en el ejercicio del quehacer del proceso transversal de Gestión y análisis de políticas.                                                                                                                                                     | Desarrollo de actividades sectoriales e intersectoriales visibilizando el proceso transversal y la gestión sectorial sin novedad.                                                                                                                                                                                      |
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                      | En espacios de participación intersectorial y sectorial se hace uso de chaqueta institucional y carnet.                                                                                                                                                                                                         | Utilización de elementos de identificación institucional de manera adecuada, sin novedad.                                                                                                                                                                                                                              |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se da cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de productos (informes, actas, listados) relacionados con la ejecución de actividades durante el periodo de reporte.                                                                                                                    | Actas y listados de actividades de acuerdo a la normatividad de gestión documental y entrega de informes.                                                                                                                                                                                                              |
| Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.                                                                                                                                                                                                               | Se garantiza que la información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas en el presente mes, no se utilizó con propósitos distintos al cumplimiento del presente contrato y cumplen con lo requerido frente a la confidencialidad del dato                                        | Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato. |
| Brindar apoyo a la supervisión de los contratos de prestación de servicios, realizando seguimiento operativo en campo para verificación de cumplimiento de las actividades contractuales de los OPS a su cargo; así como la correcta aplicación de los acuerdos contractuales, con el fin de garantizar la adecuada ejecución del contrato, de conformidad con los términos legales, presupuestales y contractuales vigentes.                                                                                                                                                            | Se brinda apoyo y seguimiento operativo de acuerdo a los requerimientos de la supervisión arantizar la adecuada ejecución del contrato, de conformidad con los términos legales, presupuestales y contractuales vigentes.                                                                                       | Solicitudes de la supervisión                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Verificar el cumplimiento de las obligaciones del contratista en materia de seguridad social, salud ocupacional, planes de contingencia, normas ambientales, etc, de acuerdo con la naturaleza del contrato. | Se da cumplimiento de las obligaciones del contratista en materia de seguridad social, salud ocupacional, planes de contingencia, normas ambientales, etc, de acuerdo con la naturaleza del contrato. | Certificado pago seguridad social                                    |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto de este.                                               | Se da cumplimiento con las actividades programadas y requeridas por el supervisor del contrato.                                                                                                       | Desarrollo de actividades sin novedad durante el periodo de reporte. |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
Supervisor

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

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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1022327097        | MARIA DEL PILAR QUIJANO BERNAL |        | CR 10 # 6 -94 | 6018274700         | mpquijanobernal@gmail.com           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO  | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | CUNDINAMARCA  | MOSQUERA           |                                     |
|                     |                   |                                |        |               |                    | 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 |
|                      |                                   | 75512113        | 14/04/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$3,108,000              | \$980.300          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |                 |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre          | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |                 |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS002        | Salud Total EPS | 800130907-4 | 388,500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 388.500       | 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 | 497.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 497.300       | 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 | 75.800                 |                  |       |                        | 75.800                | 0         | 0                     | 75.800              |                            |                     | 758               | 75.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 18.700       | 0         | 0                 | 18.700        | 1             |

| 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                              | 388.500                             | 388.500       |
| Pensión                | 1                              | 497.300                             | 497.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 75.800                              | 75.800        |
| CCF                    | 1                              | 18.700                              | 18.700        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 980.300                             | 980.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1022327097        | MARIA DEL PILAR QUIJANO BERNAL |        | CR 10 # 6 -94 | 6018274700         | mpquijanobernal@gmail.com           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO  | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | CUNDINAMARCA  | MOSQUERA           |                                     |
|                     |                   |                                |        |               |                    | 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 |
|                      |                                   | 75512113        | 14/04/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$3,108,000              | \$980.300          |              |

| 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 | Salud | Extranjero | Columna anterior      | Exonerado | ING | RET | TDE | TAJE | TOP     | TAP | USP | VST | SN | ICE | LMA   | 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 | 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>1022327097                      | QUIJANO BERNAL MARIA DEL<br>PILAR | 59        | 0     |            | N                     |           |     |     |     |      |         |     |     |     |    |     |       |     |     |     |                   |            | 230301      | 3.108.000 | 30   | 497.300    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS002   | 3.108.000 | 30   | 388.500                   | 14-11    | 3.108.000 | 30   | 3          | 75.800        | CCF24   | 3.108.000 | 30            | 18.700                    | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 |

PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MARIA DEL PILAR QUIJANO BERNAL**

**C.C. 1.022.327.097 DE BOGOTA**

La suma de SEIS MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE. (\$6.127.200) por concepto de servicios como líder operativo en el Componente de Gestión y Análisis de Políticas, durante el periodo de 01 al 30 de abril de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6567-2025



**MARIA DEL PILAR QUIJANO BERNAL**

**C.C. 1.022.327.097 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 9570345620**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al 01 al 30 de abril de 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA**

**Apoyo a la supervisión**

**Componente Análisis y Políticas**