

|                                                                                  |                                                                                   |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>          | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 |
|                                                                                  |                                                                                   | VERSIÓN: 8            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                  |                                                                                   | FECHA: 28/07/2020     |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b> |
|------------------------------------|

|                                                                |                                                       |                                                                    |                                                             |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILDRETH KARINA CHIQUILLO LOPEZ</b> |                                                       |                                                                    |                                                             |
| <b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>                                      | <b>C.C X C.E</b>                                      | <b>NO.</b>                                                         | <b>1003233114</b>                                           |
| <b>CELULAR:</b><br>3228352463                                  | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b><br>sildrethk2001@gmail.com | <b>SEDE:</b><br>HOSPITAL SUBA<br>CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO | <b>CENTRO DE COSTOS:</b><br>CESI05 - HOSP PEDIATRÍA USS CES |
| <b>PROCESO:</b><br>DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS        |                                                       | <b>SERVICIO:</b><br>ASISTENCIAL                                    |                                                             |
| <b>ENTIDAD FINANCIERA:</b><br>BANCOLOMBIA                      | <b>TIPO DE CUENTA:</b><br>AHORROS                     | <b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b><br>52348039555                   |                                                             |
| <b>PENSIONADO:</b>                                             | <b>SI No X</b>                                        |                                                                    |                                                             |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |       |            |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|------------|------------|-------|-----|-------|------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
| <b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b><br>4023-2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b><br>1.6 |       |            |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| <table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>509</td><td>FECHA</td><td>08/04/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>703</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table> | CDP 1                                   | 509   | FECHA      | 08/04/2026 | CDP 2 | 703 | FECHA | 20/05/2026 | CDP 3 | — | FECHA | — | CDP 4 | — | FECHA | — | CDP 5 | — | FECHA | — | CDP 6 | — | FECHA | — | <table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>16093</td><td>FECHA</td><td>14/04/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>17976</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table> | CRP 1 | 16093 | FECHA | 14/04/2026 | CRP 2 | 17976 | FECHA | 22/05/2026 | CRP 3 | — | FECHA | — | CRP 4 | — | FECHA | — | CRP 5 | — | FECHA | — | CRP 6 | — | FECHA | — |
| CDP 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 509                                     | FECHA | 08/04/2026 |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CDP 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 703                                     | FECHA | 20/05/2026 |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CDP 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | —                                       | FECHA | —          |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CDP 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | —                                       | FECHA | —          |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CDP 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | —                                       | FECHA | —          |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CDP 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | —                                       | FECHA | —          |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CRP 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 16093                                   | FECHA | 14/04/2026 |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CRP 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 17976                                   | FECHA | 22/05/2026 |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CRP 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | —                                       | FECHA | —          |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CRP 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | —                                       | FECHA | —          |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CRP 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | —                                       | FECHA | —          |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| CRP 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | —                                       | FECHA | —          |            |       |     |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |       |            |       |       |       |            |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |       |   |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

|                                                    |                                          |     |      |                                       |     |      |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|-----|------|---------------------------------------|-----|------|
| <b>PERIODO CERTIFICADO:</b>                        | <b>DESDE</b>                             |     |      | <b>HASTA</b>                          |     |      |
|                                                    | DÍA                                      | MES | AÑO  | DÍA                                   | MES | AÑO  |
|                                                    | 01                                       | 05  | 2026 | 31                                    | 05  | 2026 |
| <b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b><br>\$ 2.566.056 | <b>TIPO DE SERVICIOS:</b><br>ASISTENCIAL |     |      | <b>VALOR HORA / DÍA:</b><br>\$ 13.796 |     |      |

**OBSERVACIONES:** (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

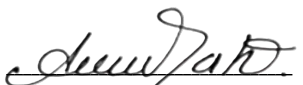
|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b> |
|------------------------------------------|

|                                                 |                |
|-------------------------------------------------|----------------|
| <b>CONCEPTO</b>                                 | <b>VALORES</b> |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:         | \$ 7.449.840   |
| VALOR EJECUTADO                                 | \$ 2.566.056   |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                    | \$ 2.566.056   |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS                         | 186            |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES              | 186            |
| SALDO POR EJECUTAR                              | \$ 4.883.784   |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | \$ 0           |
| <b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>                  | <b>34.4 %</b>  |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

|                                      |                               |                               |                  |                   |                      |                                       |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|---------------------------------------|
| <b>IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido</b> | <b>APORTE SALUD 12.5% IBC</b> | <b>APORTE PENSIÓN 16% IBC</b> | <b>NIVEL ARL</b> | <b>APORTE ARL</b> | <b>TOTAL APORTES</b> | <b>Número de Planilla Mes Vencido</b> |
| \$ 933.816                           | \$ 116.800                    | \$ 149.500                    | III              | \$ 22.800         | \$ 289.100           | 9505165852                            |

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

|                                                                                                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <br><b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b><br>ANDREA SANDOVAL CASTRO<br>CC: 52770916 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Sildreth Chiquillo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
SILDRETH KARINA CHIQUILLO LOPEZ  
CC: 1003233114

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                              | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>         |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | VERSIÓN: 4         |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | PÁGINA: 1 DE 1     |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | FECHA: 07/11/2024  |     |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |  |  | UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 4023-2026                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  | PERIODO CERTIFICADO                                     | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Mes | Año                | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |                                                         | 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 05  | 2026               | 31  | 05  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: SILDRETH KARINA CHIQUILLO LOPEZ                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |  |  | DOCUMENTO: 1003233114                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                       |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 34.4 %                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |                                                         | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                    |     |     |      |
| 1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |                                                         | se realiza toma y registro de signos vitales, se realiza ronda de seguridad y vigilancia según el cronograma institucional para prevenir eventos adversos                                                                                                                                                                   |     |                    |     |     |      |
| 2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.                                                                                               |                                                                            |  |  |                                                         | se realiza verificación de identificación correcta del paciente, prevención de caídas, se realiza la higiene de manos en los 5 momentos, se apoya en los procedimientos y cuidados del paciente                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| 3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                                         | se realiza el lavado de manos antes y después de tocar al paciente o su entorno se aplican los 5 momentos de la OMS. Se verifica el correcto aislamiento según orden medica en las habitaciones correspondientes y se asegura que los acompañantes usen EPP correctamente, se realiza desinfección rutinaria de cada unidad |     |                    |     |     |      |
| 4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                                         | se realiza buenas practicas de seguridad, se ejecuta el protocolo de prevención de lesiones en piel, prevención de caídas, se educa al familiar y se brinda acompañamiento en los procedimientos                                                                                                                            |     |                    |     |     |      |
| 5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                                         | asisto a capacitaciones cuando se requiere, cumplo con los cursos virtuales, se realiza reporte de incidentes para prevenir eventos adversos                                                                                                                                                                                |     |                    |     |     |      |
| 6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |                                                         | realizo entrega y recibo de turno verificando el estado del paciente e informando del mismo, verifico la identificación del tablero y manilla como tambien se verifica los dispositivos medicos, se realiza registro de notas de enfermería en el sistema                                                                   |     |                    |     |     |      |
| 7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.                                                                                                                                                    |                                                                            |  |  |                                                         | Garantizar la custodia y reserva de la información clínica y personal de los pacientes y sus familias, asegurando el cierre de sesiones en el sistema de historia clínica, evitando comentarios sobre diagnósticos en áreas públicas y restringiendo el acceso a documentos físicos a personal no autorizado                |     |                    |     |     |      |
| 8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                                                         | notifico en el aplicativo institucional cualquier incidente que se pueda presentar, realizo rondas de seguridad verificando el estado del paciente, se orienta al paciente y familiar los canales de atención como el buzo de sugerencias                                                                                   |     |                    |     |     |      |
| 9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.                                                                                                    |                                                                            |  |  |                                                         | Realizo el diligenciamiento completo, legible y cronológico de los registros de enfermería y formatos institucionales, cumpliendo con la Resolución 1995 de 1999 y garantizando la veracidad de la información clínica del paciente                                                                                         |     |                    |     |     |      |
| 10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                                         | Brindo atención humanizada mediante la comunicación asertiva con los cuidadores, el respeto a la intimidad del paciente, y la orientación constante sobre las normas y cuidados del servicio, garantizando un trato digno y cordial                                                                                         |     |                    |     |     |      |
| 11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales                                                                                                                                            |                                                                            |  |  |                                                         | Ejecuto las actividades asistenciales bajo la estricta adherencia a las guías de manejo y manuales de procedimientos institucionales, garantizando la seguridad en el cuidado del paciente y la estandarización de los procesos de enfermería.                                                                              |     |                    |     |     |      |
| 12 Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc) |                                                                            |  |  |                                                         | Registro de manera oportuna y veraz la información en los sistemas institucionales, gestionando el inventario de insumos, reportando eventos adversos y asegurando el correcto diligenciamiento de los formatos de control administrativo                                                                                   |     |                    |     |     |      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| 186 HORAS CERTIFICADAS                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |

TOTAL A PAGAR:

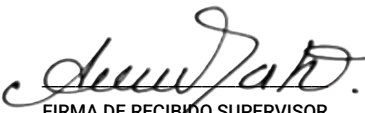
\$ 2.566.056 — DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026

Sildreth  
Chiquillo

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
SILDRETH KARINA CHIQUILLO LOPEZ  
CC: 1003233114

Fecha: 31/05/2026

  
FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR  
ANDREA SANDOVAL CASTRO  
CC: 52770916

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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                 |                 |                    |                      |                     |                   |                       |           |
|-----------------------------------|---------|---------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion            | Ciudad-Departamento | Teléfono          | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1003233114                     |         | CHIQUELLO LOPEZ SILDRETH KARINA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 144 n 136 a 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3228352463        | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                 |                 |                    |                      |                     |                   |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                           |                 | Tipo               | Fecha                |                     | Pago              |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                            | Planilla        | Planilla           | Limite               | Pago                | Banco             | Dias Mora             | Valor     |
| 2026-04                           | 2026-04 | 330603358                       | 9505165852      | I                  | 2026/05/06           | 2026/05/25          | BANCO CAJA SOCIAL | 19                    | \$293,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |                    |       |           |           |           |        |           |           |           |      |     |        |         |       |           |           |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|--------------------|-------|-----------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-----------|-----------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION            |       |           |           | SALUD     |        |           |           | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |           |           | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo             | Días  | IBC       | Aporte    | Codigo    | Días   | IBC       | Aporte    | Codigo    | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días  | IBC       | Aporte    | Días         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |            |                    |       | \$933,816 | \$149,500 |           |        | \$933,816 | \$116,800 |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$933,816 | \$22,800  |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |                    |       | \$933,816 | \$149,500 |           |        | \$933,816 | \$116,800 |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$933,816 | \$22,800  |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |                    |       | \$933,816 | \$149,500 |           |        | \$933,816 | \$116,800 |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$933,816 | \$22,800  |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 1003233114 | CHIQUELLO SILDRETH | 25-14 | 16        | \$933,816 | \$149,500 | EPS037 | 16        | \$933,816 | \$116,800 |      | 0   | \$0    | \$0     | 14-23 | 16        | \$933,816 | \$22,800     | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |                    |       | \$933,816 | \$149,500 |           |        | \$933,816 | \$116,800 |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$933,816 | \$22,800  |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                 |                 |                    |                      |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion            | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1003233114                 |    | CHIQUELLO LOPEZ SILDRETH KARINA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 144 n 136 a 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3228352463 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                   |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|-------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                   |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco             | Dias Mora | Valor     |
| 2026-04                           | 2026-04 | 330603358 | 9505165852 | I        | 2026/05/06 | 2026/05/25 | BANCO CAJA SOCIAL | 19        | \$293,200 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$149,500       | \$2,100        | \$0                    | \$151,600     |  |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$149,500       | \$2,100        | \$0                    | \$151,600     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$22,800        | \$400          | \$0                    | \$23,200      |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$22,800        | \$400          | \$0                    | \$23,200      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$116,800       | \$1,600        | \$0                    | \$118,400     |  |
| NUEVA E.P.S.                 | EPS037 | 900,156,264 | 2  | 1         | \$116,800       | \$1,600        | \$0                    | \$118,400     |  |
| TOTAL                        |        |             |    | 1         | \$289,100       | \$4,100        | \$0                    | \$293,200     |  |