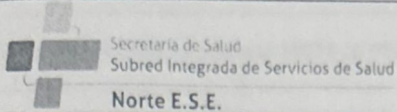


|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | CÓDIGO: AP-CT-F-50                  |
|   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                | VERSIÓN: 4                          |
|   | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  | PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024 |

|                                     |  |  |                     |            |     |                  |     |     |      |
|-------------------------------------|--|--|---------------------|------------|-----|------------------|-----|-----|------|
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS</b> |  |  | <b>UNIDAD:</b>      |            |     | <b>Chapinero</b> |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 2927-2026          |  |  | PERIODO CERTIFICADO | Día        | Mes | Año              | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:              | ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO   |  |                     | 1          | 3   | 2026             | 31  | 3   | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:             | WILLIAM LEONARDO MORA TORRES   |  | DOCUMENTO:          | 1033689751 |     |                  |     |     |      |
| 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 (%):             | 100%   |  |                     |            |     |                  |     |     |      |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS   | ACTIVIDADES REALIZADAS  |
|--|---|
| 1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.  | 1. Doy cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.   |
| 2. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados.  | 2. Cumpló con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados.  |
| 3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.  | 3. Diligencia de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.  |
| 4. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.   | 4. Brindo información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.   |
| 5. Adherirse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.  | 5. Me adhiero a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.  |
| 6. Cumplir adherencia al Manual de bioseguridad.   | 6. Cumpló adherencia al Manual de bioseguridad.   |
| 7. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.   | 7. Realizo la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.   |
| 8. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación Integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.  | 8. Realizo el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.  |
| 9. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.  | 9. Alimento permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.  |
| 10. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.   | 10. Cumpló con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presento la certificación correspondiente.  |
| 11. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.                                | 11. Presento las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.                                |
| 12. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato   | 12. Cumpló con todas las demás actividades que me son asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato  |
| 13. Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.   | 13. Ejecuto las actividades según criterios de autocontrol.   |
| 14. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.  | 14. Salvaguardo los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.  |
| 15. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.  | 15. Asisto a los comités intra y extrainstitucionales, cuando es requerido.   |
| 16. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.   | 16. Participo en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.   |
| 17. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.   | 17. Mantengo, desarrollo e implemento la visión y la misión de la Subred Norte e impulso y promociono nuestro portafolio de servicios.  |
| 18. Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.   | 18. Cumpló con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.   |
| 19. Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.   | 19. Apoyo el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.   |
| 20. Garantizar la racionalización en el uso y control de insumos médico quirúrgicos en la prestación del servicio  | 20. Garantizo la racionalización en el uso y control de insumos médico quirúrgicos en la prestación del servicio  |
| 21. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte. | 21. Conozco e interiorizo los principios y valores institucionales y los operativizo en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte. |
| 22. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad.   | 22. Conozco, incorporo y aplico las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad.  |
| 23. Realizar consulta prioritaria de forma oportuna y dentro de los parámetros de calidad en los pacientes derivados de consulta de urgencias.   | 23. Realizo consulta prioritaria de forma oportuna y dentro de los parámetros de calidad en los pacientes derivados de consulta de urgencias.   |

**OBSERVACIONES: 192 HORAS**



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

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

|                         |                         |                              |                 |             |                 |   |                 |        |  |
|-------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------|-------------|-----------------|---|-----------------|--------|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: |                         | MORA TORRES WILLIAM LEONARDO |                 |             |                 |   |                 | 435314 |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:      | Cedula                  | No.                          | 1033689751      |             |                 |   |                 |        |  |
| CORREO                  | leo.morat1723@gmail.com | CELULAR                      | null            |             |                 |   |                 |        |  |
| PROCESO:                | Urgencias               |                              |                 |             |                 |   |                 |        |  |
| SERVICIO:               | Urgencias               |                              |                 | UNIDAD:     | Chapinero       |   |                 |        |  |
| CENTRO DE COSTOS        | Centro de costo         | %                            | Centro de costo | %           | Centro de costo | % | Centro de costo | %      |  |
|                         | A00                     |                              |                 |             |                 |   |                 |        |  |
| BANCO                   | 12                      |                              |                 | TIPO CUENTA | AHORROS         |   |                 |        |  |
| NUMERO CUENTA BANCARIA  |                         | 8090548945                   |                 |             |                 |   |                 |        |  |

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

|  |     |       |            |                          |       |       |            |
|--|-----|-------|------------|--------------------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2927-2026 |     |       |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       |       |            |
| NUMERO DE CDP: 1                         | 164 | FECHA | 22/01/2026 | NUMERO DE CRP: 1         | 11456 | FECHA | 01/02/2026 |

**OBJETO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN

|                     |                        |                     |     |      |       |     |     |      |
|---------------------|------------------------|---------------------|-----|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE                  | DIA                 | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                     |                        | 01                  | 03  | 2026 |       | 31  | 03  | 2026 |
| TIPO SERVICIOS      | Asistencial            | RESERVA DE GLOSA 2% |     |      |       | 0   |     |      |
| VALOR MES           | 7,607,958 VALOR LETRAS |                     |     |      |       |     |     |      |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

**CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO**

| CONCEPTO                                | VALORES    |
|---|------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 30,431,832 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 21,596,784 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 7,853,376  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 186        |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 192        |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0          |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 8,835,048  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 70.97 %    |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|----------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 67272564 | 319,500   | 409,000   | 3    | 62,300    | 0          | 790,800        |
|          | 0         | 0         |      | 0         | 0          |                |

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

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

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MORA TORRES WILLIAM LEONARDO  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                   |                    |                                 |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                          |
| CC                  | 1033689751        | WILLIAM LEONARDO MORA TORRES |        | CALLE 151D 117 27 | 1234567            | william-mora@juanncorpas.edu.co |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                 |
| ÚNICA               | I - Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                 |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| 67272564             | 12/03/2026                        | 70212792        | 25/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                           | N               | \$0                      | \$2.300            |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 800                    | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 13        | 100                   | 0              | 900           | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 1.000                  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 13        | 100                   | 0              | 1.100         | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 200                    |                  |       |                        | 200                   | 13        | 100                   | 300                 |                            |                     | 2                 | 300           | 1             |

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

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 13        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 13        | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 800                                 | 900           |
| Pensión                | 1                              | 1.000                               | 1.100         |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 200                                 | 300           |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>2.000</b>                        | <b>2.300</b>  |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                   |                    |                                 |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                          |
| CC                  | 1033689751        | WILLIAM LEONARDO MORA TORRES |        | CALLE 151D 117 27 | 1234567            | william-mora@juanncorpas.edu.co |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                 |
| ÚNICA               | I - Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                 |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| 67272564             | 12/03/2026                        | 70212792        | 25/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                           | N               | \$0                      | \$2.300            |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                 |                              |  |                       |         |            |                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |            |          |                   |      |            |                     |                      |                                |                                 |          |              |      |                        |          |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|--|-----------------------|---------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|------------|----------|-------------------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                              |  | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |            |                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     | SALUD |            |          | RIESGOS LABORALES |      |            |                     | CCF                  |                                |                                 |          | PARAFISCALES |      |                        |          |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres          |  | Cotizante             | Subsido | Extranjero | Colom. exarator | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TAP | IPD | IPV | SEN | ISE | LMA     | VAC | AVP | VCT | IRL   | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP           | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS      | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1                     | CC 1033689751                   | MORA TORRES WILLIAM LEONARDO |  | 57                    | 0       |            |                 | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |            | 230201   | 2.562.000         | 30   | 410.000    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 2.562.000    | 30   | 320.300                | 14-23    | 2.562.000 | 30   | 3               | 62.500     |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                   |                    |                                 |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                          |
| CC                  | 1033689751        | WILLIAM LEONARDO MORA TORRES |        | CALLE 151D 117 27 | 1234567            | william-mora@juanncorpas.edu.co |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                 |
| ÚNICA               | I - Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                 |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 67272564        | 12/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                           | I               | \$0                      | \$790.800          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 319.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 319.500       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 409.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 409.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 62.300                 |                  |       |                        | 62.300                | 0         | 0                     | 62.300              |                            |                     | 623               | 62.300        | 1             |

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

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 319.500                             | 319.500        |
| Pensión                | 1                              | 409.000                             | 409.000        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 62.300                              | 62.300         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>790.800</b>                      | <b>790.800</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                   |                    |                                 |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                          |
| CC                  | 1033689751        | WILLIAM LEONARDO MORA TORRES |        | CALLE 151D 117 27 | 1234567            | william-mora@juanncorpas.edu.co |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                 |
| ÚNICA               | I - Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                 |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 67272564        | 12/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-02              | 2026-02                           | I               | \$0                      | \$790.800          |              |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                              | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |            |                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     | SALUD |            |          |           | RIESGOS LABORALES |            |                     |                      | CCF                            |                                 |          |           | PARAFISCALES |                        |          |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|------------|----------|-----------|-------------------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante             | Subtipo | Extranjero | Colom. exarator | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TAP | IPD | IPV | SEN | ISE | LMA     | VAC | APP | VCT | IRL   | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Días              | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días         | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |   |   |   |   |
| 1                     | CC 1033689751                   | MORA TORRES WILLIAM LEONARDO | 57                    | 0       |            |                 | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |       |            | 230201   | 2.556.000 | 30                | 409.000    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 2.556.000 | 30           | 319.500                | 14-23    | 2.556.000 | 30   | 3               | 62.300     |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA