

|                                                                                  |                                                                                   |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | <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<br><br>FECHA: 28/07/2020 |

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

|                                                        |                                                       |                                                   |                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: RONCANCIO MONROY BLANCA</b> |                                                       |                                                   |                                                                               |
| <b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>                              | <b>C.C X C.E</b>                                      | <b>NO.</b>                                        | <b>1055963303</b>                                                             |
| <b>CELULAR:</b><br>3043486097                          | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b><br>nanismonroy11@gmail.com | <b>SEDE:</b><br>HOSPITAL<br>ENGATIVÁ CALLE<br>80  | <b>CENTRO DE COSTOS:</b><br>ENG02 - U C S CONVENIO APH -<br>TRASLADO PRIMARIO |
| <b>PROCESO:</b><br>DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS |                                                       | <b>SERVICIO:</b><br>ASISTENCIAL                   |                                                                               |
| <b>ENTIDAD FINANCIERA:</b><br>BANCO DAVIVIENDA         | <b>TIPO DE CUENTA:</b><br>AHORROS                     | <b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b><br>466100138802 |                                                                               |
| <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>8740-2025 | <b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b><br>0.97 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|

|              |      |              |            |              |       |              |            |
|--------------|------|--------------|------------|--------------|-------|--------------|------------|
| <b>CDP 1</b> | 1473 | <b>FECHA</b> | 22/10/2025 | <b>CRP 1</b> | 53978 | <b>FECHA</b> | 01/11/2025 |
| <b>CDP 2</b> | 1912 | <b>FECHA</b> | 23/12/2025 | <b>CRP 2</b> | 63357 | <b>FECHA</b> | 23/12/2025 |
| <b>CDP 3</b> | 45   | <b>FECHA</b> | 07/01/2026 | <b>CRP 3</b> | 2823  | <b>FECHA</b> | 19/01/2026 |
| <b>CDP 4</b> | 298  | <b>FECHA</b> | 20/02/2026 | <b>CRP 4</b> | 13125 | <b>FECHA</b> | 28/02/2026 |
| <b>CDP 5</b> | 453  | <b>FECHA</b> | 20/03/2026 | <b>CRP 5</b> | 15374 | <b>FECHA</b> | 24/03/2026 |
| <b>CDP 6</b> | 550  | <b>FECHA</b> | 20/04/2026 | <b>CRP 6</b> | 16691 | <b>FECHA</b> | 29/04/2026 |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.

|                             |              |            |            |              |            |            |
|-----------------------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|------------|
| <b>PERIODO CERTIFICADO:</b> | <b>DESDE</b> |            |            | <b>HASTA</b> |            |            |
|                             | <b>DÍA</b>   | <b>MES</b> | <b>AÑO</b> | <b>DÍA</b>   | <b>MES</b> | <b>AÑO</b> |
|                             | 01           | 05         | 2026       | 31           | 05         | 2026       |

|                                                    |                                          |                                       |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b><br>\$ 3.281.970 | <b>TIPO DE SERVICIOS:</b><br>ASISTENCIAL | <b>VALOR HORA / DÍA:</b><br>\$ 17.645 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

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

SE CERTIFICA 84 HORAS ADICIONALES, APROBADAS POR LA DIRECCION ASIGNACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS CONTROL DE TURNOS Y CONTROL FARMACIA • AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE CERTIFICA 84 HORAS ADICIONALES, APROBADAS POR LA DIRECCION ASIGNACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS CONTROL DE TURNOS Y CONTROL FARMACIA

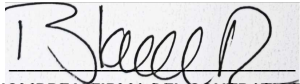
|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b> |
|------------------------------------------|

|                                                        |                      |
|--------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>CONCEPTO</b>                                        | <b>VALORES</b>       |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</b>         | <b>\$ 34.636.896</b> |
| <b>VALOR EJECUTADO</b>                                 | <b>\$ 26.590.776</b> |
| <b>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA</b>                    | <b>\$ 4.764.150</b>  |
| <b>TOTAL HORAS CONTRATADAS</b>                         | <b>186</b>           |
| <b>TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES</b>              | <b>270</b>           |
| <b>SALDO POR EJECUTAR</b>                              | <b>\$ 8.046.120</b>  |
| <b>VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)</b> | <b>\$ 0</b>          |
| <b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>                         | <b>76.8 %</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> |
| \$ 1.905.660                         | \$ 231.300                    | \$ 296.100                    | III              | \$ 46.600         | \$ 574.000           | 84917315 / 85577604                   |

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>ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO<br>CC: 1030565725 | <br><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b><br>RONCANCIO MONROY BLANCA<br>CC: 1055963303 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     | 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 DE URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  | UNIDAD: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 8740-2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |  | PERIODO<br>CERTIFICADO             | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Mes | Año                | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |                                    | 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 05  | 2026               | 31  | 05  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: RONCANCIO MONROY BLANCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  | DOCUMENTO: 1055963303              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.                                                                                                                                                                      |                                                                            |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 76.8 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |  |                                    | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                    |     |     |      |
| Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                               |                                                                            |  |  |                                    | Todos los equipos biomédicos que ingresaron o fueron retirados de la ambulancia para dar cumplimiento con los cronogramas de mantenimiento preventivo y/ o correctivo se garantizó su limpieza y desinfección. Los guardianes permanecen en soportes fijos y rotulados. Todas las o letreros informativos dentro de la ambulancia son en material no lavable |     |                    |     |     |      |
| Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.  |                                                                            |  |  |                                    | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH para el registro de los traslados y/o valoraciones realizados en ambulancia.                                      |     |                    |     |     |      |
| 1. Prestar servicios de apoyo como Axiliar administrativo, para la gestión administrativa y financiera de la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. |                                                                            |  |  |                                    | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma.<br>Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH, para una menjora continua.                                                                                    |     |                    |     |     |      |
| 2. Articular las actividades inherentes a la ejecución de los convenios interadministrativos con las demás áreas de la Subred Integrada de Servicios en Salud Norte E.S.E. para la correcta implementación del mismo.                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |                                    | Recibir, clasificar, distribuir, controlar y responder por los documentos que la dependencia produzca o reciba, soportando el convenio interadministrativo de APH, de acuerdo con las instrucciones impartidas por el jefe inmediato, guardando respectiva confidencialidad                                                                                  |     |                    |     |     |      |
| 3. Mantener una comunicación efectiva con las diferentes áreas con las que se relaciona la operatividad del programa de atención prehospitalaria.                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |                                    | Ejercer el control interno en el area de la Unidad Funcional de APH, manteniendo una comunicación efectiva, para garantizar el cumplimiento de los controles y procedimientos establecidos por el convenio y la subred Norte                                                                                                                                 |     |                    |     |     |      |
| 4. Realizar la solicitud de insumos de Aseo general para desinfección y demás elementos de consumo requeridos para el desarrollo de las actividades a cargo de la dependencia, de acuerdo con el procedimiento establecido.                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |  |                                    | Registrar y scanear actas de compromiso con actas de entrega de elementos de proteccion e Insumos de las diferentes areas de la Unidad Funcional de APH                                                                                                                                                                                                      |     |                    |     |     |      |
| 5. Actualización de base de datos en hojas de vida del personal del área de APH diligenciado en aplicativo institucional de acuerdo a la documentación requerida por perfil contratado, Documentacion vigente.                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                    | Se realiza diariamente Actualización de base de datos de APH , como actualizacion de las hojas de vida del personal vigente en el convenio interadministrativo que requiere al perfil contratado                                                                                                                                                             |     |                    |     |     |      |
| 6. Ejercer el control interno en su área de influencia para garantizar el cumplimiento de los controles y procedimientos establecidos en diligenciamiento de entrega de EPP.                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                    | Recibir, contestar y transmitir mensajes, Registrar los compromisos, citas y llamadas telefónicas de la dependencia, de acuerdo a las indicaciones recibidas por el lider referente                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |
| 7. Brindar atención y orientación al usuario interno y externo tanto personal, como telefónicamente sobre ubicación del personal, destino de su queja, reclamo, solicitud o estado de su respuesta.                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  |                                    | diariamente se brinda atención y orientación al personal asistencial y administartivo,de acuerdo a la informacion requerida por la direccion o lider referente de APH ,                                                                                                                                                                                      |     |                    |     |     |      |
| 8. Realizar seguimiento, control oportuno a las pólizas, comodatos, pagos de SALUD, PENSION Y ARL, rendimientos financieros y devolución de los mismos al ente de control.                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |  |                                    | Se Realiza seguimiento y control cuando se requiera de las pólizas, comodatos, como la verificacion mensual de pagos de SALUD, PENSION Y ARL,de todo el personal asistencial y administrativo del convenio interadministrativo de APH                                                                                                                        |     |                    |     |     |      |
| 9. Controlar, organizar, verificar, evaluar el cargue de actividades asignadas al SECOP II de todos los pagos realizados por el programa de atención prehospitalaria del área de APH .                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |                                    | Se realiza la verificacion mensual del cargue de actividades asignadas al pago en SECOP II de todos los pagos realizados por el programa de atención prehospitalaria del área de APH .                                                                                                                                                                       |     |                    |     |     |      |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. Archivar, organizar y foliar licitaciones correspondientes al área de APH según instrucciones correspondientes al Lider referente de APH , o Subred Norte                                                                                   | se conserva Actas correspondientes al área de APH,según instrucciones, custodiadas por la coordinación de la unidad funcional.                                                                                                                                                                                                                               |
| 11. Consolidar, Organizar y reportar información final de horas laboradas por el personal asistencial,administrativo del convenio vigente de la Unidad Funcional de APH, para aprobacion y legalizacion pertinente del Lider referente de area. | se realiza seguimiento y control en el preoperacional de las horas laboradas por los contratistas de la Unidad Funcional de APH, conservando los documentos que la dependencia produzca o reciba, de acuerdo con las instrucciones impartidas por el jefe inmediato, llevando acabo los procedimientos establecidos,guardando la respectiva confidencialidad |
| 12. Revisar, consolidar y descargar historias clínicas de traslados de la Unidad Funcional de APH, para generar los informes de Adherencia y concordancia.                                                                                      | Se realiza descargue mensual y consolidacion de soportes pertinentes a las historias clínicas de todos los traslados realizados por la Unidad Funcional de APH, para generar los informes de Adherencia y concordancia.                                                                                                                                      |

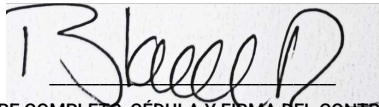
**OBSERVACIONES:**

270 HORAS CERTIFICADAS

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE CERTIFICA 84 HORAS ADICIONALES, APROBADAS POR LA DIRECCION ASIGNACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS CONTROL DE TURNOS Y CONTROL FARMACIA

**TOTAL A PAGAR:**

**\$ 4.764.150 – CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE**

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br/>RONCANCIO MONROY BLANCA<br/>CC: 1055963303</p> | <p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR<br/>ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO<br/>CC: 1030565725</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

PAGADO 09/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                               |                    |                      |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------|
| Razón Social        | BLANCA NINFA RONCANCIO MONROY |                    |                      |
| Documento           | CC1055963303                  | Dirección          | CL 127ABI #90 A - 34 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                 | Teléfono           | 3043486097           |
| Tipo Persona        | NATURAL                       | Forma Presentación | ÚNICO                |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                   | Departamento       | BOGOTA D.C.          |
| Representante Legal |                               | Identificación     |                      |
| Total Afiliados     | 1                             | ARP                | ARL SURA             |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                               |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    | Pensiones |     |     | Salud |          |          | Riesgos  |          |                   | Cajas        |                |                   | Parafiscales |              |        |              | Total          |                       |              |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|-------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------|-------------------|--------------|----------------|-------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|-----------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres           | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TAE | TAP | TAP | VSP | COR | VST | IGR | LM | VAC       | AVP | VCT | IRP   | Días ARP | Días EPS | Días AFP | Días CCF | Administradora    | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora    | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora        | IBC Caja     | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1055963303      | BLANCA NINFA RONCANCIO MONROY | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |           |     |     |       | 0        | 30       | 30       | 30       | (230301) PORVENIR | \$ 1.850.400 | \$ 296.100     | (EPS010) EPS SURA | \$ 1.850.400 | \$ 231.300   | 2,436  | \$ 1.850.400 | \$ 45.100      | (CCF24) COMPENSAR CCF | \$ 1.850.400 | \$ 37.100   | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 609.600 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas    | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.850.400 | \$ 1.850.400 | \$ 1.850.400 | \$ 1.850.400 | \$ 296.100      | \$ 231.300    | \$ 45.100       | \$ 37.100     | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 609.600                     | \$ 2.700                | \$ 612.300  |

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1



PAGADO 11/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                               |                    |                      |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------|
| Razón Social        | BLANCA NINFA RONCANCIO MONROY |                    |                      |
| Documento           | CC1055963303                  | Dirección          | CL 127ABI #90 A - 34 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                 | Teléfono           | 3043486097           |
| Tipo Persona        | NATURAL                       | Forma Presentación | ÚNICO                |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                   | Departamento       | BOGOTA D.C.          |
| Representante Legal |                               | Identificación     |                      |
| Total Afiliados     | 1                             | ARP                | ARL SURA             |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                               |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud    |          |          | Riesgos  |                |                   | Cajas          |                |                   | Parafiscales |            |             |                | Total          |                       |              |             |             |      |                   |       |            |
|--------------------|-------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----------|----------|----------|----------|----------------|-------------------|----------------|----------------|-------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|-----------------------|--------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres           | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | USU | SGR | IGR | LMC | VAC | AVP       | ICT | IRP | Días ARP | Días EPS | Días AFP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión       | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud         | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja              | Aporte Caja  | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |            |
| CC 1055963303      | BLANCA NINFA RONCANCIO MONROY | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     | A   |     |     |     |     |     |           |     |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 30             | (230301) PORVENIR | \$ 1.850.400   | \$ 296.100     | (EPS010) EPS SURA | \$ 1.850.400 | \$ 231.300 | 2,436       | \$ 1.850.400   | \$ 45.100      | (CCF24) COMPENSAR CCF | \$ 1.850.400 | \$ 37.100   | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 609.600 |
| CC 1055963303      | BLANCA NINFA RONCANCIO MONROY | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     | X   | C   |     |     |     |     |     |     |           |     |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 30             | (230301) PORVENIR | \$ 1.910.000   | \$ 305.600     | (EPS010) EPS SURA | \$ 1.910.000 | \$ 238.800 | 2,436       | \$ 1.910.000   | \$ 46.600      | (CCF24) COMPENSAR CCF | \$ 1.910.000 | \$ 38.200   | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 629.200 |

III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 59.600   | \$ 59.600 | \$ 59.600   | \$ 59.600 | \$ 9.500        | \$ 7.500      | \$ 1.500        | \$ 1.100      | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 19.600                      | \$ 400                  | \$ 20.000   |

Página 1 de 1

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

