

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                                |            |                                         |               |   |
|-------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------------------|---------------|---|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                         | 2026-05-04 | Hasta:                                  | 2026-05-31    |   |
| Nombre del Contratista: | LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS |            | Número de Documento:                    | 53073099      |   |
| Correo Electrónico:     | leidyjohanna.h36@gmail.com     |            | Número Telefónico:                      | 3105736265    |   |
| Nombre del Supervisor:  | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA       | Cargo:     | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | Código Grado: | - |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |     |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                  | 4627-2026                                | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 997 |
| Perfil:                        | PROFESIONAL ESPECIALIZADO I              |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenecce: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:           | USS CANDELARIA LA NUEVA                  |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                          |                                                                |           |                               |
|------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                         | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
| U09SA                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | ADMINISTRATIVA                                                 | \$4884021 | 103.4%                        |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 4884021                               | CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL VEINTIUNPESOS |           |                               |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2026-05-04          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | MAYO                | \$ 4884021                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 10491600                | \$ 10491600              | \$ 4884021       | \$ 5607579         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|

|   |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |
|---|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1 | 1. Planear y Ejecutar las acciones de las cohortes de riesgo a su cargo. | -Seguimiento de niños y niñas de las cohortes priorizadas: Se realiza un monitoreo continuo de la población infantil identificada como prioritaria dentro del modelo de atención en salud y las acciones de salud pública. Este seguimiento se enfoca en garantizar la atención integral, promoviendo el acceso a servicios de salud, intervenciones de promoción y prevención, así como estrategias de detección temprana y gestión del riesgo en las localidades de afluencia de la Subred Sur. Análisis de indicadores de primera infancia con énfasis en riesgo de desnutrición: Revisión y evaluación periódica de los datos relacionados con el estado nutricional de la población infantil. Se realizó seguimiento a niños y niñas menores de 5 años con condiciones de salud priorizadas, con el fin de garantizar atención oportuna y fortalecer su desarrollo integral.                                                                                                          | -Bases de Datos                                   |
| 2 | 1. Planear y Ejecutar las acciones de las cohortes de riesgo a su cargo. | -Se recopila y organiza la información de niños y niñas Recien nacidos afiliados a Capital Salud en el marco del modelo de atención integral en salud infantil, con el propósito de fortalecer el seguimiento y la gestión del riesgo en esta población. Esta base de datos permite realizar un monitoreo efectivo de los menores en riesgo de desnutrición y otras condiciones de salud pública, identificar brechas en la atención, generar alertas tempranas para una intervención oportuna y optimizar las estrategias de promoción y prevención, con el fin de reducir la morbilidad infantil asociada a eventos de interés en salud pública, como la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas. Además, facilita la articulación con los equipos de atención primaria y las entidades aseguradoras, asegurando un enfoque integral en la atención y fortaleciendo la respuesta institucional frente a las necesidades de la primera infancia. | -Cohortes de seguimiento de población priorizada. |
| 3 | 2. Monitorear la mejora continua en la calidad del dato.                 | -Se lleva a cabo la elaboración del reporte de indicadores de la cohorte de infancia con riesgo de desnutrición, con el fin de evaluar el comportamiento de este evento en la población menor de 5 años y orientar la toma de decisiones en el marco del modelo de atención en salud. El análisis de la información permite identificar tendencias, brechas en la y factores asociados al riesgo nutricional, contribuyendo al fortalecimiento de estrategias de prevención y seguimiento. Asimismo, se participa en la mesa de trabajo para la articulación con el sistema SISVAN, con el objetivo de desarrollar acciones de concordancia de casos, garantizar la calidad de los datos y mejorar la trazabilidad de la información. En este espacio, también se definen fechas de entrega de bases de datos y se optimizan los tiempos de reporte, asegurando una gestión eficiente y oportuna de la información                                                                         | Informe de indicadores priorizados                |

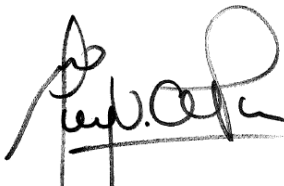
|   |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                          |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | 4. Realizar seguimiento a indicadores según su competencia.                                                           | -Se lleva a cabo la elaboración del reporte de indicadores de la cohorte de infancia con riesgo de desnutrición, con el fin de evaluar el comportamiento de este evento en la población menor de 5 años y orientar la toma de decisiones en el marco del modelo del modelo de atención en salud. El análisis de la información permite identificar tendencias, brechas en la atención y factores asociados al riesgo nutricional, contribuyendo al fortalecimiento de estrategias de prevención y seguimiento. Asimismo, se participa en la mesa de trabajo para la articulación con el sistema SISVAN, con el objetivo de desarrollar acciones de concordancia de casos, garantizar la calidad de los datos y mejorar la trazabilidad de la información. En este espacio, también se definen fechas de entrega de bases de datos y se optimizan los tiempos de reporte, asegurando una gestión eficiente y oportuna de la información. | Indicadores de seguimiento para la primera infancia                                                                                      |
| 5 | 5. Realizar acompañamiento técnico a las unidades de proceso de los temas que corresponda.                            | -Se llevan a cabo procesos de asistencia técnica dirigidos a profesional de Meissen. Estas sesiones buscan mejorar la capacidad de respuesta de los equipos de salud, optimizar la implementación de estrategias de prevención y atención, y garantizar una atención oportuna y de calidad a la población infantil en riesgo en el marco del modelo de atención en salud y siendo esto prioridad en eventos de interés en salud pública. -Participación en reunión con el área de ambulatorio, para definición de proceso de articulación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -Acta de reunión                                                                                                                         |
| 6 | 6. Generar documentos técnicos con información de análisis de la cohorte a cargo.                                     | -Se avanzando en propuesta para el abordaje de niños y niñas de primera infancia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -Acta de reunión                                                                                                                         |
| 7 | 7. Tramitar las respuestas a solicitudes de entes internos o externos                                                 | -Respuesta a los casos priorizados remitidos por las EAPB y agilsalud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -Soporte de correo de envío                                                                                                              |
| 8 | 8. Desarrollar acciones de integración de actividades.                                                                | -Se desarrolla seguimiento al plan de acción de infancia, integrando los principios y estrategias del Modelo MAS Bienestar con el objetivo de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud dirigidos a la primera infancia. Este enfoque prioriza la identificación temprana de factores de riesgo materno. -Infantil, el fortalecimiento del seguimiento de niños y niñas priorizados la implementación de estrategias de promoción, prevención y atención integral. Además, se busca optimizar la articulación entre los servicios de salud, las redes de apoyo comunitarias y los programas de protección social, garantizando un abordaje integral que favorezca el desarrollo saludable de los niños y niñas desde su nacimiento y así disminuir la morbilidad y mortalidad de población priorizada en el marco del modelo de atención en salud y los eventos de interés en salud pública.                             | -Plan de acción                                                                                                                          |
| 9 | 9. Realizar gestión y análisis de la información de las resoluciones relacionadas, así como indicadores de su cohorte | -Envío de las bases de datos correspondientes al reporte de la Resolución 202 para el mes de enero por parte de las EAPB Capital Salud, Famisanar, Mallamas y Coosalud. -Se realiza la validación, depuración y desarrollo del reporte conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 2175.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | -Depuración y desarrollo del reporte conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 2175. -Soporte de los Reportes realizados |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | 10. Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las funciones misionales de la Subred, sin que ello implique el desarrollo de funciones permanentes, subordinadas o propias de cargos de planta. | -Participación en el espacio de mentoría orientado a la construcción y fortalecimiento de la propuesta de educación para la salud. - Consolidar de soportes de metas de reporte ALMERA referentes a primera infancia. - Participacion en reunion de equipo Base - Participación de Unidad de analisis en temas relacionados a la primera infancia. - Realizar informe de ERA -EDA para EAPB Mallamas | -Elaboración de documento preliminar. - Soportes consolidados y cargados en al plataforma ALMERA -Listado de asistencia -Actas de reunion - Informe de ERA -EDA para EAPB Mallamas |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                               |                       |               |     |                |                                                                  |                            |                                                  |                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|-----|----------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|----------------|--|
| Periodo al que corresponde el pago                                                                                                     |                       | Fecha de Pago |     |                | Número de Planilla                                               | Factura Electrónica        | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |                |  |
| AÑO                                                                                                                                    | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 79979207                                                         | -                          |                                                  | \$ 5483200     |  |
| 2026                                                                                                                                   | ABRIL                 | 2026          | 05  | 19             |                                                                  |                            |                                                  |                |  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                       |               |     |                | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS |                            |                                                  |                |  |
| Item                                                                                                                                   |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                          | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado |  |
| Pensionado                                                                                                                             |                       |               |     | NO             | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES              | \$ 2193280                 | \$ 350925                                        | \$ 384000      |  |
| Salud                                                                                                                                  |                       |               |     |                | COMPENSAR EPS                                                    |                            | \$ 274160                                        | \$ 491500      |  |
| ARL                                                                                                                                    |                       |               |     | 3              | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.                              |                            | \$ 53428                                         | \$ 74900       |  |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                       |               |     | NO             |                                                                  | Total                      | \$ 636534                                        | \$ 950400      |  |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                       |               |     |                |                                                                  |                            |                                                  |                |  |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                          | Número de Cuenta           | 007590394362                                     |                |  |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                       |               |     |                |                                                                  |                            |                                                  |                |  |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                       |               |     |                | USUARIO                                                          |                            | FECHA                                            |                |  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                       |               |     |                | LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS                                   |                            | 2026-05-24 20:14:11                              |                |  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                       |               |     |                | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA                                         |                            | 2026-05-27 13:27:31                              |                |  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                       |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                        |                            | 2026-05-28 14:16:27                              |                |  |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA |                       |               |     |                | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                                   |                            | 2026-06-11 20:03:48                              |                |  |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA  
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 53073099          | LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS |        | CL22 # 41 36SUR | 3105736265         | leidyjohanna.h36@gmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.    | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                |        |                 |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                |        |                 |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 79979207        | 19/05/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                            | I               | \$3,071,600               | \$1.011.900        |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 384.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 384.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |  | 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 |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria |  |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 491.500                |  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 491.500       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 74.900                 |                  |       |                        | 74.900                | 0         | 0                     | 74.900              |                            |                     | 749               | 74.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 61.500       | 0         | 0                 | 61.500        | 1             |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 384.000                             | 384.000       |
| Pensión                | 1                              | 491.500                             | 491.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 74.900                              | 74.900        |
| CCF                    | 1                              | 61.500                              | 61.500        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 1.011.900                           | 1.011.900     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 53073099          | LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA CAMPOS |        | CL22 # 41 36SUR | 3105736265         | leidyjohanna.h36@gmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.    | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                |        |                 |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                |        |                 |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 79979207        | 19/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$3,071,600              | \$1.011.900        |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                                |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |          |           |      | RIESGOS LABORALES |                     |                      |                                | CCF                             |          |           |      | PARAFISCALES           |          |           |      |                 |            |            |           |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|----------|-----------|------|-------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Salud-pa | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | ING | RET | TAE | TAP | TAP | TAP | TAP     | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP   | 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 53073099                     | CASTAÑEDA CAMPOS LEIDY JOHANNA | 59        | 0        |            | N               |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       | 25-14    | 3.071.600 | 30   | 491.500           | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 3.071.600 | 30   | 384.000                | 14-11    | 3.071.600 | 30   | 3               | 74.900     | CCF24      | 3.071.600 | 30   | 61.500     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

|          |     |                                                         |   |               |                              |                         |
|----------|-----|---------------------------------------------------------|---|---------------|------------------------------|-------------------------|
| Pago 002 | 002 | 10/12/2025 9:16:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | - | 5.483.200 COP | Enviado a la Entidad Estatal | <a href="#">Detalle</a> |
| Pago 003 | 003 | 2/01/2026 9:09:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)  | - | 5.304.400 COP | Enviado a la Entidad Estatal | <a href="#">Detalle</a> |
| Pago 004 | 004 | 2/03/2026 6:52:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)  | - | 5.483.200 COP | Enviado a la Entidad Estatal | <a href="#">Detalle</a> |
| Pago 005 | 005 | 1/04/2026 9:26:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)  | - | 5.483.200 COP | Enviado a la Entidad Estatal | <a href="#">Detalle</a> |
| Pago 006 | 006 | 1/04/2026 7:21:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)  | - | 5.483.200 COP | Enviado a la Entidad Estatal | <a href="#">Detalle</a> |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción              |                                                  | Nombre del archivo                               | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO OCTUBRE_2025_CTO 7799-2025.pdf   | CUENTA DE COBRO OCTUBRE_2025_CTO 7799-2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE_2025_CTO 7799-2025.pdf | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE_2025_CTO 7799-2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE_2025_CTO 7799-2025.pdf | CUENTA DE COBRO DICIEMBRE_2025_CTO 7799-2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO_ENERO_2025_CTO 7799-2025.pdf.pdf | CUENTA DE COBRO_ENERO_2025_CTO 7799-2025.pdf.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 7799 2025.pdf                                 | PS 7799 2025.pdf                                 | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | AD 2 PS 7799 2025.pdf                            | AD 2 PS 7799 2025.pdf                            | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO_FEBRERO_2025_CTO 7799-2025_.pdf  | CUENTA DE COBRO_FEBRERO_2025_CTO 7799-2025_.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 4_FORMACION_PROFESIONA.pdf                       | 4_FORMACION_PROFESIONA.pdf                       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO_FEBRERO1_2025_CTO 7799-2025.pdf  | CUENTA DE COBRO_FEBRERO1_2025_CTO 7799-2025.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO_MARZO_2025_CTO 7799-2025.pdf     | CUENTA DE COBRO_MARZO_2025_CTO 7799-2025.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | AD 3 PS 7799 2025.pdf                            | AD 3 PS 7799 2025.pdf                            | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO_ABRIL_2025_CTO 7799-2025.pdf     | CUENTA DE COBRO_ABRIL_2025_CTO 7799-2025.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

BorrarCargar nuevo