

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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                            |                                           |                                               |                                                                             |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: BARBOSA ZAMORA DIEGO ALEJANDRO |                                           |                                               |                                                                             |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                     | C.C X C.E                                 | NO.                                           | 1030623327                                                                  |
| CELULAR:<br>3006774315                                 | CORREO ELECTRÓNICO:<br>dabz1993@gmail.com | SEDE:<br>HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS | CENTRO DE COSTOS:<br>FBCE01 - S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS FRAY BARTOLOMÉ |
| PROCESO:<br>DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS        |                                           | SERVICIO:<br>ASISTENCIAL                      |                                                                             |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>BANCOLOMBIA                     | TIPO DE CUENTA:<br>AHORROS                | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>10800003109     |                                                                             |
| PENSIONADO:                                            | SI No X                                   |                                               |                                                                             |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |     |       |            |                                |       |       |            |
|------------------------------------------------------------------|-----|-------|------------|--------------------------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>2602-2026                      |     |       |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>4 |       |       |            |
| CDP 1                                                            | 164 | FECHA | 22/01/2026 | CRP 1                          | 11796 | FECHA | 01/02/2026 |
| CDP 2                                                            | 703 | FECHA | 20/05/2026 | CRP 2                          | 18593 | FECHA | 22/05/2026 |
| CDP 3                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 3                          | —     | FECHA | —          |
| CDP 4                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 4                          | —     | FECHA | —          |
| CDP 5                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 5                          | —     | FECHA | —          |
| CDP 6                                                            | —   | FECHA | —          | CRP 6                          | —     | FECHA | —          |

|                                                                                                                                                                        |  |                                   |       |     |                                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|-------|-----|--------------------------------|-------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. |  |                                   |       |     |                                |             |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                   |  |                                   | DESDE |     | HASTA                          |             |
|                                                                                                                                                                        |  |                                   | DÍA   | MES | AÑO                            | DÍA MES AÑO |
|                                                                                                                                                                        |  |                                   | 01    | 06  | 2026                           | 30 06 2026  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>\$ 2.474.916                                                                                                                            |  | TIPO DE SERVICIOS:<br>ASISTENCIAL |       |     | VALOR HORA / DÍA:<br>\$ 13.306 |             |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)                                                                                       |  |                                   |       |     |                                |             |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO               |               |
|-------------------------------------------------|---------------|
| CONCEPTO                                        | VALORES       |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:         | \$ 12.374.580 |
| VALOR EJECUTADO                                 | \$ 9.899.664  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                    | \$ 2.474.916  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS                         | 186           |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES              | 186           |
| SALDO POR EJECUTAR                              | \$ 2.474.916  |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | \$ 0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                         | 80.0 %        |

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.

| IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido | APORTE SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSIÓN 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES | Número de Planilla Mes Vencido |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|--------------------------------|
| \$ 1.750.905                  | \$ 218.900             | \$ 280.200             | III       | \$ 42.700  | \$ 541.800    | 1081909703                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,<br><br><div>  </div> <div> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b><br/>           NATHALY PUERTO BONILLA<br/>           CC: 1010188469         </div> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Diego A. Barbosa Zamora

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
BARBOSA ZAMORA DIEGO ALEJANDRO  
CC: 1030623327

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                    |     |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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 AMBULATORIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  | UNIDAD: HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                    |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 2602-2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  |  | PERIODO<br>CERTIFICADO                       | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Mes | Año                | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: NATHALY PUERTO BONILLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                                              | 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 06  | 2026               | 30  | 06  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: BARBOSA ZAMORA DIEGO ALEJANDRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  | DOCUMENTO: 1030623327                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                    |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                    |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 80.0 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                    |     |     |      |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  |                                              | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
| 1.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 unico de habilitacion, auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema unico de acreditacion y sistema de informacion.                                              |                                                                            |  |  |                                              | Se contribuyo con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantia de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operacion de los componentes del sistema unico de habilitacion, auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema unico de acreditacion y sistema de informacion.                                          |     |                    |     |     |      |
| 2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema unico de acreditacion: Gestion del riesgo, humanizacion de la atencion, transformacion cultural, gestion clinica excelente y segura, gestion de la tecnologia, atencion centrada en el usuario y responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. |                                                                            |  |  |                                              | Se desarrollan estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema unico de acreditacion: gestion del riesgo, humanizacion de la atencion, transformacion cultural, gestion clinica excelente y segura, gestion de la tecnologia, atencion centrada en el usuario y responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. |     |                    |     |     |      |
| 3. Aplicar las disposiciones establecidas en la Resolución 3280/2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención.                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  |                                              | "Para el mes se cumple con la demanda ofertada en la clínica Fray Bartolomé de las casas cumpliendo las agendas programadas en el aplicativo DINAMICA (Capital salud subsidiados) Horas contratadas: 186; Horas Ejecutadas 186"                                                                                                                                                                     |     |                    |     |     |      |
| 4.Adherencia y direccionamiento de los pacientes a las rutas de atención integral, con el fin de garantizar la prestación del servicio a los pacientes.                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |  |  |                                              | En el mes realizando direccionamientos y recepción de pacientes niños, niñas adolescentes y adultos, que pueden ser atendidas desde el programa integral brindado desde la clínica Fray Bartolomé de las casas y cumplir expectativas en salud oral.                                                                                                                                                |     |                    |     |     |      |
| 5.Realizar actividades de promoción y prevención propias del higienista Oral, garantizando el cubrimiento de los servicios de acuerdo a la programación realizada.                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |                                              | Realizo actividades de promoción y prevención propias de la higienista oral, garantizando el cubrimiento de los servicios con disponibilidad, de acuerdo a las necesidades.                                                                                                                                                                                                                         |     |                    |     |     |      |
| 6. Mantener los indicadores de producción por encima del 95% y rendimiento de 3 pacientes por hora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |  |                                              | Mantengo los indicadores de producción por encima del 95% y rendimiento de 3 cupos por hora. En cumplimiento de las 186 horas contratadas. (Total cupos de 20 min 498,inasistencias 32 realizando actividades descritas asi: 60 control de placa, 71 educaciones en higiene oral, 60 aplicaciones de barniz de fluor, 50 sellantes                                                                  |     |                    |     |     |      |
| 7. Realizar reposición de inasistencia de pacientes para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción establecidos por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                              | Realizo reposición de inasistencia de pacientes, para dar cumplimiento al porcentaje de rendimiento y producción establecidos por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                    |     |     |      |
| 8.Realizar seguimiento a pacientes para el desarrollo de tratamientos, demanda inducida a las actividades de promoción y prevención, teniendo en cuenta frecuencia de actividades.                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |                                              | Realizar charla educativa personalizada con el fin de crear en el usuario un autocuidado en su salud oral adecuada, ayudada de medios visuales para mejor comprensión, distinguiendo diferencias de edad, nivel sociológico y educativo.                                                                                                                                                            |     |                    |     |     |      |
| 9. Elaborar los soportes de la actividad de higiene oral como Historia clínica, consentimiento informado para los procedimientos, RIPS registro individual de Prestación de servicios, y demás ordenes de servicio que requiere el paciente según su patología de acuerdo a la normativa                                                                                                               |                                                                            |  |  |                                              | Se cumple con el registro y socialización de los distintos medios que se llevan en la Subred Norte para medir y promover la calidad del servicio Se indaga y evoluciona historia clínica teniendo en cuenta el cumplimiento de la resolución.                                                                                                                                                       |     |                    |     |     |      |
| 10. Generar como higienista oral, los informes de producción de acuerdo a la periodicidad indicada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |  |                                              | Se cumple con el registro y socializacion de los distintos medios que se llevan en la Subred Norte para medir y promover la calidad del servicio                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                    |     |     |      |
| 11. Presentar como higienista oral, los informes de producción de acuerdo a la periodicidad indicada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |                                              | Se realiza el registro diario de los pacientes y de las actividades realizadas con el fin de cumplir en el proceso de estadística                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                    |     |     |      |
| 12. Mantener con control y monitoreo el Inventario y registro del instrumental asignado al servicio de odontología.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |  |                                              | En el presente mes es registrada la ejecución de las actividades realizadas a cada paciente siguiendo los lineamientos dados.                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                    |     |     |      |
| 13.Mantener en el servicio los insumos rotulados, verificación diaria de temperatura y humedad y registro en el formato establecido,                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  |                                              | Se cumple con el respectivo rotulado y organizacion de los diferentes insumos requeridos para la consulta en Higiene Oral, asi mismo la socializacion de los derechos y deberes, y el autocuidado en cada consulta.                                                                                                                                                                                 |     |                    |     |     |      |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.Realizar aseo, limpieza y desinfección (de acuerdo al manual de bioseguridad) de los equipos instrumental y superficies que se encuentran en el servicio.                                                                                                                                             | Se cumple con el adecuado uso de los equipos, manteniendo su optimo funcionamiento y evitar traumatismos en el servicio de la consulta en Higiene Oral.                                                                                |
| 15.Realizar custodia del registro manual de las historias clinicas con respectivo registro y entrega al area de Gestion Documental.                                                                                                                                                                      | Se lleva el registro diario y custodia temporal de los consentimientos informados para ser entregados                                                                                                                                  |
| 16.Asegurar el cuidado y el inventario de los equipos que le sean asignados para la prestacion de los servicios.                                                                                                                                                                                         | Aseguro el cuidado y el inventario de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios.                                                                                                                           |
| 17.Preparar el consultorio Odontológico de acuerdo con las agendas programadas..                                                                                                                                                                                                                         | Se cumple con las normas de bioseguridad, aplicandolas al entorno del consultorio de higiene oral y de las actividades propias de la consulta instruidas en las guías y protocolos registrando dicha actividad en el formato indicado. |
| 18.Registros, revisión y control del instrumental en las unidades que se requieran realizar el transporte a la central de esterilizacion                                                                                                                                                                 | Se cumple con las actividades diarias y sus respectivos registros en formatos indicados de acuerdo al uso, manipulación y control tanto del instrumental como de los equipos Odontologicos.                                            |
| 19.Participar en las actividades de promocion y mantenimiento programadas en colegios, jardines, fundaciones y demas.                                                                                                                                                                                    | Se realiza contacto con Fundaciones, colegios, Jardines y demás espacios donde participamos incrementando el autocuidado y realizando Jornadas de aplicación Fluor en Barniz                                                           |
| 20.Desarrollar de manera independiente, integra, efectiva y oportuna las actividades individuales y colectivas asignadas.                                                                                                                                                                                | Se lleva el registro diario y custodia temporal de los consentimientos informados, para ser entregados oportunamente al area encargada de su archivo.                                                                                  |
| 21. Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).                                                                                                                                                                                      | Se cumple con el adecuado uso de los equipos, manteniendo su optimo funcionamiento y evitar traumatismos en el servicio de la consulta en Higiene Oral.                                                                                |
| 22.Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).                                                                                                                                                                                       | Se realizan las actividades propias en la consulta de higiene oral, soportadas en los manuales y protocolos correspondientes.                                                                                                          |
| 23.Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos.                                                                                                                                                                               | Se atiende con adherencia a las distintas actualizaciones dispuestas por la parte administrativa, siguiendo los lineamientos de la Subred Norte.                                                                                       |
| 24. Reporte obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo al Decreto No.3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.                                                                                                  | No se han presentado eventos que conlleven a la incorfomidad de los usuarios de la Subred Norte                                                                                                                                        |
| 25.Informar de manera adecuada y oportuna incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).                                                                                                                                                        | No se han presentado casos que requieran ser intervenidos por Salud Publica                                                                                                                                                            |
| "26.Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios."                                                                                                                               | Participo en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios                                                                    |
| 27.Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad) En caso de ser parte de un Convenio Interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud | Se atiende con adherencia a las distintas actualizaciones dispuestas por la parte administrativa siguiendo los lineamientos de la Subred Norte.                                                                                        |
| 28.En caso de ser parte de un Convenio Interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, realizar las actividades que le sean asignadas.                                                                                                                           | No hago parte de ningún convenio                                                                                                                                                                                                       |
| 29. Brindar trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la institucoion                                                                                                                                                                                                                 | Se brinda el servicio con la mas alta calidad garantizando la seguridad del paciente                                                                                                                                                   |

OBSERVACIONES:

186 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 2.474.916 – DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DIECISÉIS PESOS M/CTE

|                   |                                                                                                                                                                              |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha: 30/06/2026 | Fecha: 30/06/2026<br><br><br><br>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR<br>NATHALY PUERTO BONILLA |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Diego A. Barbosa Zamora

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
BARBOSA ZAMORA DIEGO ALEJANDRO  
CC: 1030623327

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

PAGADO 06/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |               |                    |                |
|---------------------|---------------|--------------------|----------------|
| Razón Social        | DIEGO BARBOSA |                    |                |
| Documento           | CC1030623327  | Dirección          | CLL 6C N 82A08 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE | Teléfono           | 7348377        |
| 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 | TDP | TAP | VSP | COR | SIN | IGE | LMC | 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 1030623327      | DIEGO ALEJANDRO BARBOSA ZAMORA | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0         | 30       | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$ 1.750.905   | \$ 280.200     | (EPS017) FAMISANAR EPS | \$ 1.750.905 | \$ 218.900 | 2.436       | \$ 1.750.905   | \$ 42.700      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 541.800 |

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 |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 0      | \$ 280.200      | \$ 218.900    | \$ 42.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 541.800                     | \$ 1.800                | \$ 543.600  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!