

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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                          |                                           |                                            |                                                                                            |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: CASAS CARDOZO JOHANNA MILENA |                                           |                                            |                                                                                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                   | C.C X C.E                                 | NO.                                        | 52282138                                                                                   |
| CELULAR:<br>3218969315                               | CORREO ELECTRÓNICO:<br>joihss14@gmail.com | SEDE:<br>HOSPITAL<br>ENGATIVÁ CALLE<br>80  | CENTRO DE COSTOS:<br>ENG02-3 - SERVICIO DE AMBULANCIAS<br>TRASLADO SECUNDARIO USS ENGATIVÁ |
| PROCESO:<br>DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS      |                                           | SERVICIO:<br>ASISTENCIAL                   |                                                                                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>BANCO DAVIVIENDA              | TIPO DE CUENTA:<br>AHORROS                | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>488400200686 |                                                                                            |
| PENSIONADO:                                          | SI No X                                   |                                            |                                                                                            |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |      |       |            |                                   |       |       |            |
|------------------------------------------------------------------|------|-------|------------|-----------------------------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>8831-2025                      |      |       |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>0.83 |       |       |            |
| CDP 1                                                            | 1473 | FECHA | 22/10/2025 | CRP 1                             | 54068 | FECHA | 01/11/2025 |
| CDP 2                                                            | 1909 | FECHA | 23/12/2025 | CRP 2                             | 63447 | FECHA | 23/12/2025 |
| CDP 3                                                            | 45   | FECHA | 07/01/2026 | CRP 3                             | 2910  | FECHA | 19/01/2026 |
| CDP 4                                                            | 298  | FECHA | 20/02/2026 | CRP 4                             | 13209 | FECHA | 28/02/2026 |
| CDP 5                                                            | 453  | FECHA | 20/03/2026 | CRP 5                             | 15465 | FECHA | 24/03/2026 |
| CDP 6                                                            | 550  | FECHA | 20/04/2026 | CRP 6                             | 16613 | FECHA | 29/04/2026 |

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                   |  |       |                                |       |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-------|--------------------------------|-------|-------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como CONDUCTOR DE AMBULANCIA - APH dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución. |  |                                   |  |       |                                |       |             |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                   |  |                                   |  | DESDE |                                | HASTA |             |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                   |  | DÍA   | MES                            | AÑO   | DÍA MES AÑO |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                   |  | 01    | 06                             | 2026  | 30 06 2026  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>\$ 3.033.040                                                                                                                                                                                            |  | TIPO DE SERVICIOS:<br>ASISTENCIAL |  |       | VALOR HORA / DÍA:<br>\$ 12.230 |       |             |

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

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA LIQUIDACION A 246 HORAS DESCUENTO 2H CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO X COMUNICACIONES 21-27 MAYO/ 1H X OPERATIVIDAD 02 JUNIO/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 24/05/2026/ • VALIDADO Y APROBADO 246 HORAS DESCUENTO 2H CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO X COMUNICACIONES 21-27 MAYO/ 1H X OPERATIVIDAD 02 JUNIO/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 24/05/2026/

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO               |               |
|-------------------------------------------------|---------------|
| CONCEPTO                                        | VALORES       |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:         | \$ 21.063.100 |
| VALOR EJECUTADO                                 | \$ 17.748.770 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                    | \$ 3.008.580  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS                         | 248           |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES              | 246           |
| SALDO POR EJECUTAR                              | \$ 3.314.330  |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | \$ 0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                         | 84.3 %        |

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             | V         | \$ 0       | \$ 499.100    | 86065040                       |

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                 |                                                                                                                                                                         |
| <br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR<br>ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO<br>CC: 1030565725 | <br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br>CASAS CARDOZO JOHANNA MILENA<br>CC: 52282138 |

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                    |     |     |                    |     |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                        | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>         |  |  |                                    |     |     | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                    |     |     | VERSIÓN: 4         |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                        | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  |  |                                    |     |     | PÁGINA: 1 DE 1     |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                                    |     |     | FECHA: 07/11/2024  |     |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  | UNIDAD: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80 |     |     |                    |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 8831-2025                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  |  | PERIODO CERTIFICADO                | Día | Mes | Año                | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |                                    | 01  | 06  | 2026               | 30  | 06  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: CASAS CARDOZO JOHANNA MILENA                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  | DOCUMENTO: 52282138                |     |     |                    |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como CONDUCTOR DE AMBULANCIA - APH dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución. |                                                                            |  |  |                                    |     |     |                    |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 84.3 %                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |                                    |     |     |                    |     |     |      |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                                                                       | Todos los equipos biomédicos que ingresaron o fueron retirados de la ambulancia para dar cumplimiento con los cronogramas de mantenimiento preventivo y/ o correctivo se garantizó su limpieza y desinfección. Los guardianes permanecen en soportes fijos y rotulados. Todas las o letreros informativos dentro de la ambulancia son en material no lavable |
| Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.                                          | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH para el registro de los traslados y/o valoraciones realizados en ambulancia.                                      |
| 1.Prestar servicio como conductor de ambulancia básica o medicalizada del programa de Atención Prehospitalaria de la sub red integrada de Salud Norte E.S.E. durante el tiempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con lo estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2. realizar cambio de turno de manera presencial teniendo en cuenta lo estipulado en el procedimiento de atención integral en atención pre hospitalaria mi-gu-p-03                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3. Realizar Atención del incidente: 3.1 Arribo de la escena. 3.2 Reporte de datos. 3.3 Desplazamiento al centro asistencial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                               | Se portaron los elementos de Identificación y/o prendas institucionales aportados por la Subred, se veló por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados                                                                                                                                                                    |
| 5. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 5,1 Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.                                                                                                                                                                                                                           | Seguir los lineamientos indicados por la entidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 6,1 Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.                                                                                                                                         | Dar respuesta oportuna a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.                                                                                                                                                      |
| 7. Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio, las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las ambulancias Básicas o Medicalizadas de la Subred Norte E.S.E. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.                                                                                                                  | Se realizan actividades asignadas en dicho momento, con soportes y diligenciamiento de formatos institucionales                                                                                                                                                                                                                                              |
| 8. Es compromiso del colaborador cumplir con la legislación nacional y los lineamientos de seguridad vial de la entidad, 8,1 Asumir comportamientos seguros en la vía, promoviendo la seguridad propia y la de los colaboradores que movilice, evitando comportamientos inseguros o riesgosos                                                                                                                                                 | Se da cumplimiento a las normas de tránsito y lineamientos de seguridad vial ,propuestos por la entidad.                                                                                                                                                                                                                                                     |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| para la operación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 9. Es obligatorio procurar el cuidado y buena tenencia de los vehículos asignados, así como el reporte de condiciones de deterioro, falla, falta y en general aquellas que puedan alterar la seguridad de los vehículos durante sus desplazamientos.                                                                                                                                                                                 | se realiza seguimiento y control de los vehículos durante sus desplazamientos., así como el reporte de condiciones de deterioro, falla, falta y en general aquellas que puedan alterar la seguridad durante la operatividad          |
| 10. Participar activamente en los programas de seguridad vial tales como programa de capacitaciones, programa de la prevención de la distracción, programa de prevención de la fatiga, programa de gestión de la velocidad segura, programa de protección de actores viales vulnerables y programa de cero tolerancias a la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias psicoactivas.                                       | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional, programas de seguridad vial y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma.                                             |
| 11. La entidad de manera aleatoria y como parte de sus actividades de prevención en materia vial programará pruebas de alcohol y drogas en los lugares de trabajo cuya presentación es obligatoria. El rehúso a la presentación de la misma será tenida como incumplimiento contractual y será comunicado al jefe inmediato, supervisor de contrato y dirección de contratación para que se adelante el debido proceso en cada caso. | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional, de actividades de prevención en materia vial programará pruebas de alcohol y drogas en los lugares de trabajo cuya presentación es obligatoria                     |
| 12. Las inspecciones de vehículos asignados a su cargo deben ser registradas en la página, formato y/o herramienta indicada para tal fin de manera diaria y previamente al inicio de labores                                                                                                                                                                                                                                         | se siguen los lineamientos indicados por la entidad , como líder referente del programa de APH, se realiza registro en la página, formato y/ o herramienta indicada para tal fin de manera diaria y previamente al inicio de labores |
| 13. El reporte de siniestros viales en desplazamientos laborales es de carácter obligatorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | se realiza retroalimentación diaria sobre, el reporte de siniestros viales en desplazamientos laborales durante el tiempo operativo de las móviles                                                                                   |

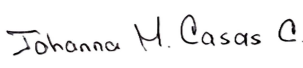
**OBSERVACIONES:**

246 HORAS CERTIFICADAS

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA LIQUIDACION A 246 HORAS DESCUENTO 2H CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO X COMUNICACIONES 21-27 MAYO/ 1H X OPERATIVIDAD 02 JUNIO/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 24/05/2026/

**TOTAL A PAGAR:**

**\$ 3.008.580 – TRES MILLONES OCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fecha: 30/06/2026</p> <p></p> <p>_____<br/>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br/>CASAS CARDOZO JOHANNA MILENA<br/>CC: 52282138</p> | <p>Fecha: 30/06/2026</p> <p></p> <p>_____<br/>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR<br/>ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO<br/>CC: 1030565725</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |                         |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             | DIRECCIÓN               | TELÉFONO     | CORREO             | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 52282138          | JOHANNA MILENA CASAS CARDOZO | Calle 8 a sur # 3a - 60 | 4725936      | joihs14@gmail.com  |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO                  | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |                         | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 86065040        | 10/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$1,750,905              | \$534.200          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 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 | 280.200                |  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |        |     |                        |                  | 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 |
|---------------------------|--------|-----|------------------------|------------------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|                           |        |     |                        | No. Autorización | Valor                  |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  |             |              |           |                   |               |               |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 35.100       | 0         | 0                 | 35.100        | 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                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 1                              | 35.100                              | 35.100        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 534.200                             | 534.200       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                         |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN               | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52282138          | JOHANNA MILENA CASAS CARDOZO |        | Calle 8 a sur # 3a - 60 | 4725936            | joihss14@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 |
|                      |                                   | 86065040        | 10/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$1,750,905              | \$534.200          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                 |  |           |         |            |                 |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |            |             |           |      |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |      |                           |              |         |      |                 |            |               |         |        |               |                           |                |                |                |               |
|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|-----------|---------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|--------------|---------|------|-----------------|------------|---------------|---------|--------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                 |  |           |         |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     |            | SALUD       |           |      |            | RIESGOS LABORALES      |                         |                                      |                                       | CCF      |           |      |                           | PARAFISCALES |         |      |                 |            |               |         |        |               |                           |                |                |                |               |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres             |  | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Calom. exterior | ING                   | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SEN     | ICE | LVA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL     | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días   | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |
| 1                     | CC 52282138                           | CASAS CARDOZO JOHANNA<br>MILENA |  | 3         | 0       |            | N               |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |            | 25-14       | 1.750.905 | 30   | 280.200    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS005   | 1.750.905 | 30   | 218.900                   |              | 0       | 0    | 0               | CCF24      | 1.750.905     | 30      | 35.100 | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              |               |