

|                                                                                  |                                                                                   |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <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     |

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

|                                                      |                                                |                                        |                                                                       |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: WILLIAM LEONARDO MORA TORRES |                                                |                                        |                                                                       |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                   | C.C X C.E                                      | NO.                                    | 1033689751                                                            |
| CELULAR:<br>3006765821                               | CORREO ELECTRÓNICO:<br>leo.morat1723@gmail.com | SEDE:<br>HOSPITAL<br>CHAPINERO         | CENTRO DE COSTOS:<br>CHPB01 - URG CONSULTA URGENCIAS<br>USS CHAPINERO |
| PROCESO:<br>DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS      |                                                | SERVICIO:<br>ASISTENCIAL               |                                                                       |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>BANCO AV VILLAS               | TIPO DE CUENTA:<br>AHORROS                     | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>49985372 |                                                                       |
| PENSIONADO:                                          | SI No X                                        |                                        |                                                                       |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------|

|                                             |                                |       |            |       |       |       |            |
|---------------------------------------------|--------------------------------|-------|------------|-------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>2927-2026 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>4 |       |            |       |       |       |            |
| CDP 1                                       | 164                            | FECHA | 22/01/2026 | CRP 1 | 11456 | FECHA | 01/02/2026 |
| CDP 2                                       | 703                            | FECHA | 20/05/2026 | CRP 2 | 17952 | FECHA | 22/05/2026 |
| CDP 3                                       | 894                            | FECHA | 22/06/2026 | CRP 3 | 23415 | FECHA | 26/06/2026 |
| 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>\$ 7.607.958 | TIPO DE SERVICIOS:<br>ASISTENCIAL | VALOR HORA / DÍA:<br>\$ 40.903 |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)  
Planilla Validada y Actividades Revisadas

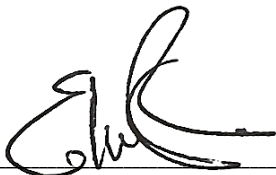
|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b> |
|------------------------------------------|

| CONCEPTO                                        | VALORES       |
|-------------------------------------------------|---------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:         | \$ 38.039.790 |
| VALOR EJECUTADO                                 | \$ 28.468.488 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                    | \$ 7.362.540  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS                         | 186           |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES              | 180           |
| SALDO POR EJECUTAR                              | \$ 9.571.302  |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | \$ 0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                         | 74.8 %        |

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 |
| \$ 2.748.682                  | \$ 345.000             | \$ 441.600             | III       | \$ 67.300  | \$ 853.900    | 92249551                       |

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>1033689751<br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br>WILLIAM LEONARDO MORA TORRES<br>CC: 1033689751 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                    |     |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                                                                                   | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                |  |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | VERSIÓN: 4         |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |  |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | PÁGINA: 1 DE 1     |     |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | FECHA: 07/11/2024  |     |     |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |  | UNIDAD: HOSPITAL CHAPINERO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                    |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 2927-2026                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  | PERIODO<br>CERTIFICADO     | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Mes | Año                | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |  |  |                            | 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 06  | 2026               | 30  | 06  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: WILLIAM LEONARDO MORA TORRES                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |  | DOCUMENTO: 1033689751      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                    |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                                                                                            |                                                                            |  |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                    |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 74.8 %                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                    |     |     |      |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                            | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                    |     |     |      |
| 1. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.                                                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                            | 1. Doy cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.                                                                                                                                                                                      |     |                    |     |     |      |
| 2. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados.                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  |                            | 2. Cumpro con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados.                                                                                                                                                                                               |     |                    |     |     |      |
| 3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.                                                                                                                                                       |                                                                            |  |  |                            | 3. Diligencio de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.                                                                                                                                                       |     |                    |     |     |      |
| 4. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                            | 4. Brindo información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.                                                                                                                                                                        |     |                    |     |     |      |
| 5. Adherirse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |  |  |                            | 5. Me adhiero a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.                                                                                                                                                                                               |     |                    |     |     |      |
| 6. Cumplir adherencia al Manual de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |                            | 6. Cumpro adherencia al Manual de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                    |     |     |      |
| 7. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.                                                                                                                                                                      |                                                                            |  |  |                            | 7. Realizo la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.                                                                                                                                                                      |     |                    |     |     |      |
| 8. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.                                                                                                                           |                                                                            |  |  |                            | 8. Realizo el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.                                                                                                                           |     |                    |     |     |      |
| 9. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |  |                            | 9. Alimento permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.                                                                                                                                                                                                               |     |                    |     |     |      |
| 10. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                            | 10. Cumpro con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presento la certificación correspondiente.                                                                                                                                                                         |     |                    |     |     |      |
| 11. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE. |                                                                            |  |  |                            | 11. Presento las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE. |     |                    |     |     |      |
| 12. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                            | 12. Cumpro con todas las demás actividades que me son asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato                                                                                                                                                               |     |                    |     |     |      |
| 13. Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |  |  |                            | 13. Ejecuto las actividades según criterios de autocontrol.                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                    |     |     |      |
| 14. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |                            | 14. Salvaguardo los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.                                                                                                                                                                                                         |     |                    |     |     |      |
| 15. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |                            | 15. Asisto a los comités intra y extrainstitucionales, cuando es requerido.                                                                                                                                                                                                                                      |     |                    |     |     |      |
| 16. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |  |                            | 16. Participo en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte.                                                                                                                                                                                                                          |     |                    |     |     |      |
| 17. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred Norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.                                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |                            | 17. Mantengo, desarrollo e implemento la visión y la misión de la Subred Norte e impulso y promociono nuestro portafolio de servicios.                                                                                                                                                                           |     |                    |     |     |      |
| 18. Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.                                                                                        |                                                                            |  |  |                            | 18. Cumpro con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.                                                                                        |     |                    |     |     |      |

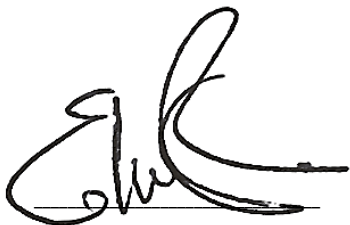
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19. Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.                                                                                                                                                                                                                                                                               | 19. Apoyo el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 20. Garantizar la racionalizacion en el uso y control de insumos medico quirurgicos en la prestacion del servicio                                                                                                                                                                                                                                | 20. Garantizo la racionalizacion en el uso y control de insumos medico quirurgicos en la prestacion del servicio                                                                                                                                                                                                                                |
| 21. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo enfasis en el trato digno y humanizacion en la prestacion del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitacion y acreditacion de la Subred Norte. | 21. Conozco e interiorizo los principios y valores institucionales y los operativizo en el diario quehacer de la entidad, haciendo enfasis en el trato digno y humanizacion en la prestacion del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitacion y acreditacion de la Subred Norte. |
| 22. Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la implementacion de los sistemas integrados de gestion de la calidad y control con enfasis en la acreditacion de la Entidad.                                                                                                                                 | 22. Conozco, incorporo y aplico las herramientas impartidas por el Hospital para la implementacion de los sistemas integrados de gestion de la calidad y control con enfasis en la acreditacion de la Entidad.                                                                                                                                  |
| 23. Realizar consulta prioritaria de forma oportuna y dentro de los parametros de calidad en los pacientes derivados de consulta de urgencias.                                                                                                                                                                                                   | 23. Realizo consulta prioritaria de forma oportuna y dentro de los parametros de calidad en los pacientes derivados de consulta de urgencias.                                                                                                                                                                                                   |

OBSERVACIONES:

180 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 7.362.540 — SIETE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

|                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fecha: 30/06/2026</p> <p><i>William Mora</i></p> <p><u>1033689751</u></p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br/>WILLIAM LEONARDO MORA TORRES<br/>CC: 1033689751</p> | <p>Fecha: 30/06/2026</p> <p></p> <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR<br/>ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO<br/>CC: 1030565725</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 92249551        | 16/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$856.500          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 345.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 4         | 1.100                 | 0              | 346.100       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 441.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 4         | 1.300                 | 0              | 442.900       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 67.300                 |                  |       |                        | 67.300                | 4         | 200                   | 67.500              |                            |                     | 673               | 67.500        | 1             |

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

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 4         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 4         | 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                              | 345.000                             | 346.100       |
| Pensión                | 1                              | 441.600                             | 442.900       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 67.300                              | 67.500        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 853.900                             | 856.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                   |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1033689751        | WILLIAM LEONARDO MORA TORRES |        | CALLE 151D 117 27 | 1234567            | william-mora@juanncorpas.edu.co     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                              |        |                   |                    | 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 |
|                      |                                   | 92249551        | 16/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$856.500          |              |

| 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 | Colom. exterior       | Exonente | INA | RET | TDE | TAE | TOP | TAP | VSP | SEN | ICE     | LMA | VAC | AVP | VOT | 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<br>1033689751                      | MORA TORRES WILLIAM<br>LEONARDO | 57        | 0       |            |                       | N        |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |            | 230201      | 2.760.000 | 30   | 441.600           | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS005   | 2.760.000 | 30   | 345.000                   | 14-23    | 2.760.000 | 30   | 3               | 67.300     |               | 0       | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 |