

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------|---------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                             |              |                                 | Versión             |                 | 3             |               |  |                            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                             |              |                                 | Fecha de aprobación |                 | 2/15/2018     |               |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |              |                                 | Código:             |                 | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |              | XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ     |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |              | C.C                             | X                   | C.E             | No.           |               | 52310306                                                                            |                            |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                             |              | xiofernandez@hotmail.com        |                     |                 | CELULAR:      |               | 3014894360                                                                          |                            |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |              |                                 |                     |                 | SUBRED        |               |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |              | PIC VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA |                     |                 | SEDE:         |               | SUBRED                                                                              |                            |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                           |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32           | 100                         |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A        |              |                                 |                     | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO        |                                                                                     |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             | 462400044048 |                                 |                     |                 |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                             |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 6111                        |              |                                 |                     | VIGENCIA        |               | 2025          |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1102                        | FECHA        | 2026-05-12<br>10:22:41.000      |                     | NÚMERO DE CRP   |               | 18731         | FECHA                                                                               | 2026-05-28<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                             | DESDE        | FECHA INICIAL                   |                     | HASTA           | FECHA FINAL   |               |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |              | 2026-06-01                      |                     |                 | 2026-06-30    |               |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |              |                                 |                     | \$5,483,200     |               |               |                                                                                     |                            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                         |              | RESERVA DE GLOSA 0%             |                     |                 |               | N/A           |                                                                                     |                            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                             |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                             |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                             |              |                                 |                     | VALORES         |               |               |                                                                                     |                            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |              |                                 |                     | \$54,832,000    |               |               |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |              |                                 |                     | \$49,348,800    |               |               |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                             |              |                                 |                     | \$5,483,200     |               |               |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |              |                                 |                     | \$0             |               |               |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |              |                                 |                     | \$5,483,200     |               |               |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |              |                                 |                     | 90%             |               |               |                                                                                     |                            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                             |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC    |              | APORTE PENSION 16% IBC          |                     | NIVEL ARL       | APORTE ARL    | TOTAL APORTES |                                                                                     |                            |
| 90876791                                                                                                                                                                                                                                                     | \$2,193,280       | \$274,160                   |              | \$350,925                       |                     | 3               | \$53,428      | \$678,513     |                                                                                     |                            |
| <p>Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.</p> <p style="text-align: center;">MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br/>52744682<br/>Supervisor</p>                                             |                   |                             |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>     |                   |                             |              |                                 |                     |                 |               |               |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo N° 6 "Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | Se realiza ejecución de las actividades establecidas, con el respectivo cargue de los productos según lineamiento técnico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Documentos cargados en drive de productos, cuenta de proyecto especial, también se cuenta con soportes que evidencian la implementación de acciones con conocimiento pleno de lineamientos técnicos y anexos operativos. Documentos organizados según las carpetas establecidas de acuerdo a los productos del proyecto especial.                                                                                                                                                      |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se desarrollan actividades descritas en el lineamiento y dentro de estas, se proyecta participación en mesa distrital de seguimiento a la mortalidad materno perinatal, Se realiza apoyo para las diferentes actividades, en las que se requirió apoyo por referentes distritales                                                                                                                                                                        | Participación en reuniones periódicas convocadas desde la Subdirección de vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud o desde la Subred Sur Occidente. Se realiza envío de productos de soporte a las actividades asignadas, tales como tablero de seguimiento de problemas identificados en unidades de análisis, cargue de los casos de MP en aplicativo de maternidad segura INS, a los que se realiza unidad de análisis, parametrización de metas distritales |
| Desarrollar acciones de control social, Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                      | Revisión de base de recolección de información para la vigilancia centinela de la morbilidad neonatal con envío de variables a referente distrital,                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Reuniones de concertación y socialización con diferentes actores para generación de información y fortalecimiento de la vigilancia de los eventos priorizados en los que el Proyecto especial realiza el acompañamiento                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Realizar seguimiento a las acciones operativas, indicadores, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                                                             | "Se realiza apoyo para la generación de información distrital relacionada con los eventos generando parametrización de mortalidad perinatal, infantil y en menores de 5 años. Se realiza revisión a la base de seguimiento del evento 215 con las cinco patologías priorizadas a partir del reporte por parte de las UPGD centinela, se revisa generación y envío de infografías de Morbilidad Neonatal y Defectos congénitos a referentes distritales " | Ejecución de las actividades establecidas, con el respectivo envío de los productos según lineamiento técnico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Participación en las reuniones convocadas para aprestamiento y fortalecimiento de capacidades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Participar activamente en los espacios de asistencia técnica, reuniones ordinarias y extraordinarias, procesos de fortalecimiento de capacidades, inducción, reinducción y comités convocados por la Secretaría Distrital de Salud o por la Subred, aportando al intercambio de información, la articulación interinstitucional y el seguimiento de las acciones en salud pública.                                                                                                     |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se revisan soportes del equipo, se realiza acta de preauditoría y se proyecta participación en reunión de equipo se presente auditoría el día 22 de junio con resultado favorable para los meses de (marzo -abril)                                                                                                                                                                                                                                       | Revisión periódica de productos conforme a lo establecido en lineamiento técnico para la vigencia, realización de acta de preauditoría con el equipo, verificación de formatos y soportes con criterios de calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No aplica para este periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | "Notificar de manera oportuna y clara cualquier eventualidad, situación o circunstancia que afecte el desarrollo de las actividades o el cumplimiento de los objetivos establecidos, garantizando la disponibilidad y respuesta según la programación y las necesidades del servicio. "                                                                                                                                                                                                |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Desarrollar actividades que Mantengan la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Promover en cada espacio de trabajo comportamientos éticos, responsables y coherentes con los valores institucionales, garantizando una atención respetuosa, comunicación asertiva y presentación personal acorde con la imagen de la entidad.                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                        | Se portan de manera visible y permanente los elementos de identificación institucional durante la ejecución de las acciones, asegurar el uso responsable y eficiente de los insumos, y velar por el cuidado, mantenimiento y buen estado de los equipos y materiales asignados. | Garantizar el uso adecuado de los elementos de identificación institucional, insumos, equipos y materiales asignados para el desarrollo de las actividades misionales y el cumplimiento de las obligaciones del convenio.                                               |
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                        | Se portan de manera visible y permanente los elementos de identificación institucional durante la ejecución de las acciones, asegurar el uso responsable y eficiente de los insumos, y velar por el cuidado, mantenimiento y buen estado de los equipos y materiales asignados. | Garantizar el uso adecuado de los elementos de identificación institucional, insumos, equipos y materiales asignados para el desarrollo de las actividades misionales y el cumplimiento de las obligaciones del convenio.                                               |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                      | Soportes cargados en el DRIVE del equipo.                                                                                                                                                                                                                                       | Productos cargados en DRIVE de proyecto especial de acuerdo a parametros de calidad, formatos actualizados y con completitud de la información                                                                                                                          |
| Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. | Bases de datos de los eventos consultadas de acuerdo al parametros de confidencialidad                                                                                                                                                                                          | Garantizar la confidencialidad y protección de la información y documentos conocidos en el marco del desarrollo contractual, en cumplimiento de la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. |
| Realizar seguimiento operativo en campo para verificación de cumplimiento de las actividades contractuales de los OPS de su entorno; así como la correcta aplicación de los acuerdos contractuales, con el fin de garantizar la adecuada ejecución del contrato, de conformidad con los términos legales, presupuestales y contractuales vigentes.                         | Generación de reuniones periodicas para revisión de soportes, productos y actividades según se establece en la la línea técnica-                                                                                                                                                | Se presenta en la ejecución de las acciones en su totalidad                                                                                                                                                                                                             |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto de este..                                                                                                                                                                                                            | Disponibilidades convocadas por referentes distritales Secretaría Distrital de Salud.                                                                                                                                                                                           | Brindar apoyo y cumplimiento a las actividades adicionales requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces, en coherencia con el objeto contractual y las necesidades del servicio.                                                                    |
| <p style="text-align: center;">MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br/>52744682<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         |

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:  
XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL  
CC 52310306 DE Bogotá

La suma de \$ 5.483.200 cinco millones cuatrocientos ochenta y tres mil doscientos pesos, por concepto de servicios como (profesional especializado en epidemiología) en el proceso de Vigilancia en Salud pública durante el periodo del 01 al 30 de junio de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6111-2025

  
**XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL**  
**CC 52310306 DE BOGOTÁ**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**  
**NUMERO 462400044048**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de junio del 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO

Referente Vigilancia en Salud Pública



7e0866a0-8953-45bb-bb44-d0396242fdf6

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Xiomara del Pilar Fernández Bernal***

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

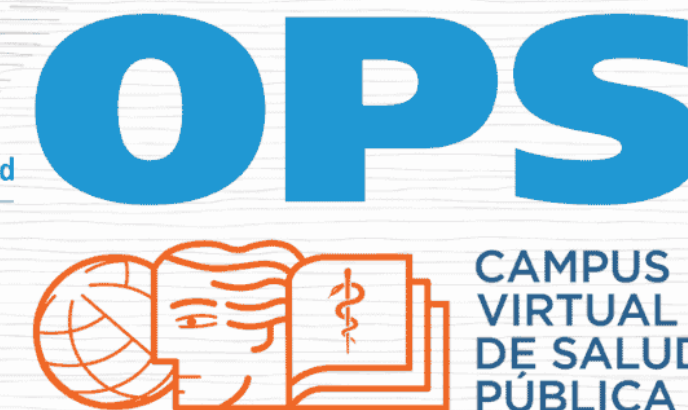
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

19 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                    |                                |              |                          |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                   | DIRECCIÓN                      | TELÉFONO     | CORREO                   | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 52310306          | XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL | Calle 64a # 57 -23 torre 2 904 | 3066173      | xiofernandez@hotmail.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 |
|                      |                                   | 90876791        | 09/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$2,195,000              | \$726.900          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 274.400                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 7         | 1.500                 | 0              | 275.900       | 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 | 351.200                |  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7         | 1.800                 | 0              | 353.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |  | 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 |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|--|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria |  | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 53.500                 |  |                  |       |                        | 53.500                | 7         | 300                   | 53.800              |                            |                     | 535               | 53.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 43.900       | 7         | 300               | 44.200        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 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                              | 274.400                             | 275.900       |
| Pensión                | 1                              | 351.200                             | 353.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 53.500                              | 53.800        |
| CCF                    | 1                              | 43.900                              | 44.200        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 723.000                             | 726.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                    |                                |              |                          |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                   | DIRECCIÓN                      | TELÉFONO     | CORREO                   | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 52310306          | XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL | Calle 64a # 57 -23 torre 2 904 | 3066173      | xiofernandez@hotmail.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 |
|                      |                                   | 90876791        | 09/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$2,195,000              | \$726.900          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                                    |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD    |           |      | RIESGOS LABORALES |                     |                      |                                | CCF                             |          |           |      | PARAFISCALES           |          |           |      |                 |            |            |           |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------|-------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres                | Cotizante | Salud po | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAF | TAP | TAP | TAP     | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | Cód. AFP | IBC AFP   | Días | Cotización        | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC 52310306                     | FERNANDEZ BERNAL XIOMARA DEL PILAR | 59        | 0        |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     | 25-14    | 2.195.000 | 30   | 351.200           | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 2.195.000 | 30   | 274.400                | 14-11    | 2.195.000 | 30   | 3               | 53.500     | CCF24      | 2.195.000 | 30   | 43.900     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |