

Medellín, 27 de julio de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DAYANNA VILLAMIL ORTIZ identificado(a) con C1015999589 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10159995892620844839

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                  |                        | Versión<br>3                     |             |  |                            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                        |                          |                                  |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                  |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |             |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | Dayanna Villamil Ortiz           |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          | C.C                              | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 1015999589                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                          | ortizdayana726@gmail.com         |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3104001860                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                  |                        | SUBRED                           |             |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | OTROS ENFERMERIA 71 PATIO BONITO |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo        | %                        |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU55N04                | 100                      |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO CAJA SOCIAL S.A. |                          |                                  |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          | 24138611231                      |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                        | 2002                     |                                  |                        | VIGENCIA                         |             | 2026                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1147                   | FECHA                    | 2026-05-14<br>15:17:19.000       |                        | NÚMERO DE CRP                    | 19662       | FECHA                                                                               | 2026-05-28<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        | DESDE                    | FECHA INICIAL                    |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          | 2026-06-01                       |                        |                                  | 2026-06-30  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                  |                        | \$2,572,380                      |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                        | Asistencial              |                                  | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                  |                        | \$16,596,000                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                  |                        | \$2,572,380                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                  |                        | \$2,572,380                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                  |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                                  |                        | \$14,023,620                     |             |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                  |                        | 16%                              |             |                                                                                     |                            |
| 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                                                                       |                            |
| 90463352                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,028,952            | \$128,619                |                                  | \$164,632              | 3                                | \$25,065    | \$318,317                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                        |                          |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ<br>52705161<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                       |                        |                          |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                        |                          |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                        |                          |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES                                                                                                                                      | PRODUCTOS                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería | Garantizar la correcta entrega y recepción de turno, informando de manera clara la evolución del paciente para asegurar continuidad del cuidado. | Garantizar la correcta entrega y recepción de turno, informando de manera clara la evolución del paciente para asegurar continuidad del cuidado. |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio                                                                                | Ejecutar las actividades de enfermería asignadas conforme a los protocolos y lineamientos establecidos                                           | Ejecutar las actividades de enfermería asignadas conforme a los protocolos y lineamientos establecidos                                           |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente                                                                                 | Comunicar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente para facilitar decisiones clínicas adecuadas.                                 | Comunicar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente para facilitar decisiones clínicas adecuadas.                                 |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                             | Informar al supervisor sobre dificultades en la atención para mejorar el proceso asistencial.                                                    | Informar al supervisor sobre dificultades en la atención para mejorar el proceso asistencial.                                                    |
| Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio                                                          | Educar al paciente y su familia sobre el plan de cuidados en casa, asegurando comprensión y adherencia al tratamiento                            | Educar al paciente y su familia sobre el plan de cuidados en casa, asegurando comprensión y adherencia al tratamiento                            |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                    | Cumplir con las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                           | Cumplir con las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                           |
| Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes                                                         | Brindar orientación a pacientes y familiares según sus necesidades y conforme a las políticas institucionales.                                   | Brindar orientación a pacientes y familiares según sus necesidades y conforme a las políticas institucionales.                                   |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio                                                                                                                                                               | Registrar de manera adecuada los reportes y libros propios del servicio.                                                                         | Registrar de manera adecuada los reportes y libros propios del servicio.                                                                         |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                                                                                    | Registrar de manera adecuada los reportes y libros propios del servicio.                                                                         | Registrar de manera adecuada los reportes y libros propios del servicio.                                                                         |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred                                                                                                      | Apoyar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad según los lineamientos de la Subred.                                       | Apoyar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad según los lineamientos de la Subred.                                       |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento                                                                       | Elaborar y entregar informes mensuales de actividades para certificación de cumplimiento contractual.                                            | Elaborar y entregar informes mensuales de actividades para certificación de cumplimiento contractual.                                            |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato                                                                | Entregar los elementos asignados al finalizar el contrato, respondiendo por su adecuado uso                                                      | Entregar los elementos asignados al finalizar el contrato, respondiendo por su adecuado uso                                                      |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                                                                                         | Participar en capacitaciones, inducciones y reuniones convocadas por la institución                                                              | Participar en capacitaciones, inducciones y reuniones convocadas por la institución                                                              |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                                                                               | Reportar fallas de calidad e implementar acciones de mejora en el servicio.                                                                      | Reportar fallas de calidad e implementar acciones de mejora en el servicio.                                                                      |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos                                                                                                  | Cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos establecidos por la Subred                                                              | Cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos establecidos por la Subred                                                              |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales                                                                                                           | Apoyar actividades requeridas por la Subred a nivel interinstitucional y extra institucional                                                     | Apoyar actividades requeridas por la Subred a nivel interinstitucional y extra institucional                                                     |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                       | Registrar oportunamente las actividades realizadas en el sistema de información institucional.                                                   | Registrar oportunamente las actividades realizadas en el sistema de información institucional.                                                   |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                        | Entregar mensualmente los soportes de afiliación y pago al sistema de seguridad socialv                                                          | Entregar mensualmente los soportes de afiliación y pago al sistema de seguridad socialv                                                          |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                       | Realizar las demás actividades asignadas que estén relacionadas con el objeto del contrato                                                       | Realizar las demás actividades asignadas que estén relacionadas con el objeto del contrato                                                       |

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ  
52705161  
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente



Administradora de los Recursos del Sistema  
General de Seguridad Social en Salud  
ADRES

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC   | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|-----------|-----------------|
| CC                  | 1015999589            | VILLAMIL        | ORTIZ            | DAYANNA       |                | 2024-09                   | Compensar | BENEFICIARIO    |
| CC                  | 1015999589            | VILLAMIL        | ORTIZ            | DAYANNA       |                | 2026-06                   | Compensar | COTIZANTE       |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 06/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |



Administradora de los Recursos del Sistema  
General de Seguridad Social en Salud  
ADRES

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Compensar | 02/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2024              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2023              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo "Observación \*" denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DAYANA VILLAMIL ORTIZ**

**C.C 1.015.999.589 DE BOGOTA**

La suma de \$2.572.380 dos millones quinientos setenta y dos mil trescientos ochenta pesos m/cte, por concepto de: Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el Centro de Salud Patio Bonito durante el periodo del 1 al 31 de julio de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2002-2026



**Dayana Villamil Ortiz**

**C.C 1.015.999.589 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DE BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24138611231**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                        |        |                   |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE       |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1015999589        | DAYANNA VILLAMIL ORTIZ |        | KR 90 A 41 33 SUR | 3104001860         | ortizdayana726@gmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL        | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                        |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                        |        |                   |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                        |        |                   |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 93363564        | 14/07/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                            | I               | \$0                       | \$541.800          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 0         | 0                     | 42.700              |                            |                     | 427               | 42.700        | 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                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 541.800                             | 541.800       |



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                        |        |                   |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE       |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1015999589        | DAYANNA VILLAMIL ORTIZ |        | KR 90 A 41 33 SUR | 3104001860         | ortizdayana726@gmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL        | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                        |        | BOGOTÁ D. C.      | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                        |        |                   |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                        |        |                   |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 93363564        | 14/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$541.800          |              |

| 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 | INS                   | RET | TDE | TAF | TAP | UPP | VST | SEN | ICE     | LVA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización        | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días         | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |
| 1                     | CC<br>1015999589                      | VILLAMIL ORTIZ DAYANNA | 57        | 0       |            |                 | N        |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |            | 25-14       | 1.750.905 | 30   | 280.200           | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS008   | 1.750.905 | 30           | 218.900                   | 14-11    | 1.750.905 | 30   | 3               | 42.700     |               | 0       | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 |

1:34 p. m. 📶 📶

📶 51.8 K/s 4G+ 📶 91%



🔍 s.cloud.microsoft



18



## Pretest y Postest - Código de Integridad y equipos golden plus

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.

Formato para registrar el postest y asistencia al Encuentro de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente.



Puntos: 100/100

### Datos del Participante

1. Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo \*

22/7/2026



2. Tipo de Vinculación \*



