

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |                                                  |         |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                          | KELLY YHORLANY PRADA LONDOÑO |                                                  |         | CC:          | 1010233310   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                           | PRADAKELLY@HOTMAIL.COM       |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3148271144   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                          | CL 63 S 73 43                |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                      | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 473070053391 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                              | PS 1261 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 6.276.700 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                      | 2026/02/02                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/08/31   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                      | DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31 |                                                  |         |              |              |
| <div><div>KELLY YHORLANY PRADA LONDOÑO<br/>PS_1261_2026_6B6FC5</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>KELLY YHORLANY PRADA LONDOÑO<br/>CC: 1010233310<br/>CEL: 3148271144</div> |                              |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
 KELLY YHORLANY PRADA LONDOÑO

CON C.C N° 1.010.233.310

|                      |                                                                                                                                                                                            |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO QUIMICO FARMACEUTICO I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                 |                                           |              |
|-------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|--------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1261 2026    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2026/02/02   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 20.303.760   | No. HORAS EJECUTADAS                      | 230          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 42.681.560   | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.276.700 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | SIETE (7) MESES |                                           |              |

|                                               |                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL LA VICTORIA                      |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 15 Horas Nutriciones y adecuaciones (11-12-13-25-26) + 189 Horas programadas + 11 Horas de verificacion formulas de control + 9 Horas de disponibilidad los dias (11-12-13) + 6 Horas de informe NPT´s (Cortes Junio II y Julio I)TOTAL: 230 Horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2    | "SE HACE LA CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE: SELECTIVAS, COMPLETITUD DE PEDIDO, OPRTUNIDAD DE ENTREGA (HOSPITALARIO, AMBULATORIO Y URGENCIAS) Y ERRORES DE PRESCRIPCIÓN. INFORME DE CONSOLIDACIÓN DE INVENTARIOS. ACOMPAÑAMIENTO Y RESPUESTA A LAS VISITAS EXTERNAS DE EPS Y ENTES DE CONTROL Y A PROCESOS INTERNOS (CALIDAD, CONTROL INTERNO, EPIDEMIOLOGÍA ENTRE OTROS). IMPLEMENTACIÓN DEL SDMDU EN CADA UNA DE LAS UNIDADES: NPT, MAGISTRALES Y REEMPAQUE. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE BAJA ROTACIÓN Y PROXIMOS A VENCER." |
| 3    | SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA, CON SU RESPECTIVA SOCILIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4    | SE REPORTAN LOS SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS DIFERENTES CANALES DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN, APOYANDO CON LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS Y LA CONSOLIDACIÓN DE ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE LAS MISMAS, PARA EL MEJORMAIENTO DEL SERVICIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5    | SE REALIZA REUNIÓN Y CAPACITACIÓN SOBRE LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS SUCESOS PRESENTADOS EN CADA UNIDAD Y LAS BARRERAS DE SEGURIDAD A IMPLEMENTAR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6    | SE SOCIALIZAN LAS ALERTAS SANITARIAS EMITIDAS POR EL INVIMA (PERTINENTES), SE REVISAN ALERTAS DE DESABASTECIMIENTO Y EN CASO DE PRESENTARSE LAS ACTAS DE LAS MESAS DE TRABAJO CON LOS SERVICIOS Y SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN A LA UNIDAD REPECTIVA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7    | SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN A LOS DIFERENTES DOCUMENTOS DEL SERVICIO PARA LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO FARMACUETICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 8    | SE PARTICIPA EN EL COMITÉ DE FARMACIA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE INFECCIONES DE LA UNIDAD DE FORMA MENSUAL. DIVULGANDO CON EL EQUIPO DE TRABAJO LA INFORMACIÓN TRATADA EN LOS COMITES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 9    | "SE CUMPLE Y HACE SEGUIMIENTO DE ADHERENCIA A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS. SE APOYA CON LA ELABORACIÓN DE CRONOGRAMAS DE TRABAJO COMO: REVISÓN DE CARROS DE PARO Y CAPACITACIONES. ACTUALIZACIÓN EN DINAMICA DE PARÁMETROS DEFINIDOS PARA MEDICAMENTOS (CREACIÓN DE PRODUCTOS, INFORMACIÓN GENERAL, CUBRIMIENTO DE PBS Y REGULACIÓN DE PRECIOS)."                                   |
| 10   | CUANDO SE PRESENTEN PROCESOS DE SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS SE APOYA CON LA EVALAUCIÓN TÉCNICA, RESPUESTA A OBSERVACIONES Y CONSOLIDACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 11   | SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE AYUDA A DIVULGAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|      | "SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN. SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SE REALIZA UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS. SE HACE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA A LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR LAS RONDAS REALIZADAS POR EPIDEMIOLOGIA Y DE GESTIÓN AMBIETAL, CAPACITANDO Y RETROALIMENTANDO AMBOS TEMAS CON                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SUS RESPECTIVAS ACTAS DE SOCIALIZACIÓN."                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |              |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | "SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SEGÚN EL ROL ASIGNADO DE: BPM DE GASES: DIRECTOR TÉCNICO: ORDEN DE PRODUCCIÓN DE LOTE, LIBERACIÓN DE LOTE Y ANÁLISIS DE DESVIACIONES, CUSTODIA DE DOCUMENTACIÓN. JEFE DE CALIDAD: DESPEJE DE LÍNEA. CONTROL DE CALIDAD TRAS LIBERACION DE LOTE EN PLANTA Y PUNTOS DE USO, ASÍ COMO ANÁLISIS DE DESVIACIONES. RECEPCIÓN TÉCNICA DE REACTIVOS PARA CONTROL DE CALIDAD. SUPLENTE: ACTIVIDADES DE JEFE DE CALIDAD Y DIRECTOR TÉCNICO.<br>PARA BPC: PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN, REGISTROS DE CUSTODIA Y MANEJO DE MEDICAMENTOS DE INVESTIGACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORME." |               |              |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SE PARTICIPA EN LAS MESAS DE TRABAJO DE EPIDEMIOLOGÍA (PRECOMITE DE INFECCIONES), SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACREDITACIÓN Y DE ESPECIALIDADES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |              |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SE REALIZAN LOS CUADROS DE TURNO PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y EL CUADRO DE ACTIVIDADES PARA EL PERSONAL DE OPS, Y SE VERIFICA SU CUMPLIMIENTO CON LA REVISIÓN DE LAS CUENTAS DE COBRO E INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |              |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SE ELABORAN LOS INFORMES MENSUALES DE: MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, ANTIMICROBIANOS, OSELTAMIVIR, VIH Y SISMED.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |              |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | "SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. REUNIONES MENSUALES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO PARA RETROALIMENTAR TEMAS DEL SERVICIO (POR UNIDAD CON AUXILIARES- REGENTES Y POR PROCESO QUÍMICOS-REGENTES).<br>SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |              |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SE PROGRAMA LA REALIZACIÓN DE SELECTIVAS E INVENTARIO ANUAL DE LA FARMACIA ASIGNADA, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE INVENTARIO Y DE LOS CONTROLES APLICADOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |              |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SE REALIZAN INTERVENCIONES FARMACEUTICAS COMO: CONSULTAS, RONDAS, PERFILES FARMACOTERAPEUTICOS O RECONCILIACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |              |
| III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI            | NO           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X             |              |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X             |              |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X             |              |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X             |              |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X             |              |
| Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-07-01) AL (2026-07-31)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N° 1083564988                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OPERADOR:     | SIMPLE       |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SALUD TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2026/07/10    | \$ 305.700   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2026/07/10    | \$ 391.300   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2026/07/10    | \$ 59.600    |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | \$ 756.600   |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)<br>3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| VII. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



KELLY YHORLANY PRADA LONDOÑO  
PS\_1261\_2026\_6B6FC5

KELLY YHORLANY PRADA LONDOÑO  
CC: 1010233310

FIRMA DE QUIEN VALIDA



ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA  
PS\_1261\_2026\_6B6FC5

ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA  
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO  
PS\_1261\_2026\_6B6FC5

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO  
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**Fecha creación reporte:** 2026-07-14, 04:23:09 AM

**Tipo Planilla:**

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Numéro Planilla:** 1083564988

**Periodo Cotización:**

junio de 2026

**Periodo Servicio:**

junio de 2026

**Referencia pago (PIN):** 8824244073

**PAGADO 10/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                            |                              |                           |                    |
|----------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------|
| <b>Razón Social</b>        | KELLY YHORLANY PRADA LONDONO |                           |                    |
| <b>Documento</b>           | CC1010233310                 | <b>Dirección</b>          | CL 63 SUR #73 - 43 |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE                | <b>Teléfono</b>           | 7754646            |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                      | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO              |
| <b>Ciudad</b>              | BOGOTA D.C.                  | <b>Departamento</b>       | BOGOTA D.C.        |
| <b>Representante Legal</b> |                              | <b>Identificación</b>     |                    |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                            | <b>ARP</b>                | SEGUROS BOLIVAR    |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                              |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |          | Pensiones |          |          | Salud    |          |          | Riesgos              |                |             | Cajas                    |                |            | Parafiscales |              |             |                     | Total          |           |             |             |             |      |                   |       |
|--------------------|------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------------|----------------|-------------|--------------------------|----------------|------------|--------------|--------------|-------------|---------------------|----------------|-----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres          | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | SIN | IGE | VAC | VNT | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS  | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS             | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión           | Administradora | IBC Salud  | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos | Aporte Riesgos      | Administradora | IBC Caja  | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1010233310      | KELLY YHORLANY PRADA LONDOÑO | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     | 0        | 30        | 30       | 30       | 30       | 30       | 30       | (25-14) COLPENSIONES | \$ 2.445.184   | \$ 391.300  | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 2.445.184   | \$ 305.700 | 2,436        | \$ 2.445.184 | \$ 59.600   | (CCF22) COLSUBSIDIO | \$ 2.445.184   | \$ 49.000 | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 805.600        |       |

### III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas    | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 2.445.184 | \$ 2.445.184 | \$ 2.445.184 | \$ 2.445.184 | \$ 391.300      | \$ 305.700    | \$ 59.600       | \$ 49.000     | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 805.600                     | \$ 6.600                | \$ 812.200  |