

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     | 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         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | OLGA MARCELA ROMERO VILLORIA         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                  | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1000129256 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | marvilloria2002@gmail.com            |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3204812668 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | C. EXT CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL BOSA |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | BO37A23           | 100                       |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A           |                                      |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 66652860533                          |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 880                       |                                      |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1570              | FECHA                     | 2026-07-16<br>14:58:49.000           | NÚMERO DE CRP       | 25818                            | FECHA         | 2026-07-31<br>00:00:00.000                                                          |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      | 2026-07-01          |                                  |               | 2026-07-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      | \$2,655,360         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                      |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$18,338,580  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$15,683,220  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$2,655,360   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                      |                     |                                  | \$2,655,360   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                      |                     |                                  | 86%           |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 | APOORTE A SALUD 12.5% IBC | APOORTE PENSION 16% IBC              | NIVEL ARL           | APOORTE ARL                      | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 9506972649                                                                                                                                                                                                                                                   | \$995,760         | \$124,470                 | \$159,322                            | 3                   | \$24,257                         | \$308,048     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| carlos alberto corredor<br>1070020178<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. | 1) 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. | 1-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional 3- Revisar Historia Clínica, Actualizar, Kardex y Tarjeta de medicamentos, Registrar plan de cuidado. 4-Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                | 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                | 2-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional 3- Revisar Historia Clínica, Actualizar, Kardex y Tarjeta de medicamentos, Registrar plan de cuidado. 4-Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                 | 3) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                 | Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo                                                                                                                                                                                |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención.                                                                                                                                                             | 4) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                              | Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo                                                                                                                                                                                |
| 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.                                                          | 5) 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.                                                          | 1-Realizar los procedimientos de enfermería asignados al profesional                                                                                                                                                                           |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.                                                                                                                                    | 6) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                     | Verificación terminal fin de semana diario                                                                                                                                                                                                     |
| 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.                                                         | 7) 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.                                                         | 1-Realizar los procedimientos de enfermería asignados al profesional                                                                                                                                                                           |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                               | 8) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                               | Libro de recibo y entrega de turno 2-Formato de asignación de actividades                                                                                                                                                                      |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.                                                                                                                                    | 9) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                                                                                     | Libro de recibo y entrega de turno 2-Formato de asignación de actividades                                                                                                                                                                      |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                      | 10) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                     | 1-Realizar los procedimientos de enfermería asignados al profesional                                                                                                                                                                           |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                       | 11) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                      | Realizar informes sobre actividades realizadas en el mes                                                                                                                                                                                       |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                | 12) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                               | 1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clínicas de los pacientes a curso                                                                                                                     |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                         | 13) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                        | 1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institución en el servicio                                                                                                                                                                   |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                               | 14) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                              | 1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clínicas de los pacientes a curso                                                                                                                     |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                  | 15) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                 | 1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institución en el servicio                                                                                                                                                                   |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                           | 16) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                          | 1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institución en el servicio                                                                                                                                                                   |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                       | 17) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                       | 1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clínicas de los pacientes a curso                                                                                                                     |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                                                                        | 18) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                        | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                         |

|                                                                                                                              |                                                                                              |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                     | 19) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | 1-Realizar los procedimientos de enfermería asignados al profesional |
| <p>carlos alberto corredor<br/>1070020178<br/>Supervisor</p>                                                                 |                                                                                              |                                                                      |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>  |                                                                                              |                                                                      |
| <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p> |                                                                                              |                                                                      |

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

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

**DEBE A:**

**Olga Marcela Romero Villoria**  
**C.C 1.000.129.256 DE Bogotá**

La suma de \$2.655.360 (**Dos millones seiscientos cincuenta y cinco mil trescientos sesenta pesos MCTE**) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**; en el Hospital de Bosa en el área de **Salas de cirugía**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de **01 al 31 de Julio** de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **880-2026**



**Olga Marcela Romero Villoria**  
**C.C 1.000.129.256 DE Bogotá**

**CELULAR: 3204812668**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**

**NUMERO 078464252**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                              |                 |                    |                              |                     |            |                       |
|-----------------------------------|---------|------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                    | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1000129256                     |         | ROMERO VILLORIA OLGA MARCELA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | transversal 80h # 66a 21 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3204812668 | No                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                              |                 |                    |                              |                     |            |                       |
| Periodo                           |         | Clave                        |                 | Tipo               | Fecha                        |                     | Pago       |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago                         | Planilla        | Planilla           | Límite                       | Pago                | Banco      | Días Mora             |
| 2026-06                           | 2026-06 | 504264930                    | 9506972649      | I                  | 2026/07/14                   | 2026/07/23          | NEQUI      | 9                     |
|                                   |         |                              |                 |                    |                              |                     |            | \$545,500             |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO           |         |            |                              |                                                          |                 |            |            |                                 | NOVEDADES |           |     |           |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |  |
|--------------------|---------|------------|------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|------------|------------|---------------------------------|-----------|-----------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|------------------|---------------|-----|------------------|---------------|-----|------------------|---------------|--------|---------------------|------------------|-----|----|--|
| No.                | Tipo id | No id      | Nombre                       | Tipo Cotizante                                           | Horas Laboradas | Extranjero | Temp. Ext. | Fecha Radicación en el Exterior | ing       | Fecha ing | ret | Fecha ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | Fecha Inicio vsp | cor | vst | sln | Fecha Inicio sln | Fecha Fin sln | ige | Fecha Inicio ige | Fecha Fin ige | lma | Fecha Inicio lma | Fecha Fin lma | vac-lr | Fecha Inicio vac-lr | Fecha Fin vac-lr | avp | vc |  |
| 1                  | CC      | 1000129256 | ROMERO VILLORIA OLGA MARCELA | Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales | 0               | No         | No         |                                 |           |           |     |           |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |  |
| Total Afiliados(1) |         |            |                              |                                                          |                 |            |            |                                 |           |           |     |           |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |                  |               |     |                  |               |     |                  |               |        |                     |                  |     |    |  |

## Planilla Integrada

|                  |               |     |                  |               |     | SALARIO      |          |                 | PENSION        |      |              |        |                            |                  |                                 |                                |                             |                    |                   | SALUD      |             |                |      |              |        |                  |            |
|------------------|---------------|-----|------------------|---------------|-----|--------------|----------|-----------------|----------------|------|--------------|--------|----------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------|------------|-------------|----------------|------|--------------|--------|------------------|------------|
| Fecha Inicio vct | Fecha Fin vct | irt | Fecha Inicio irt | Fecha Fin irt | vip | Valor        | Integral | Tipo de Salario | Administradora | Dias | IBC          | Tarifa | Tarifa Alto Riesgo Pensión | Valor Cotización | Cotización Voluntaria Empleador | Cotización Voluntaria Afiliado | Fondo Solidaridad Pensional | Fondo Subsistencia | Valor No retenido | Total      | AFP Destino | Administradora | Dias | IBC          | Tarifa | Valor Cotización | Valor UPC  |
|                  |               |     |                  |               |     | \$ 1.750.905 | No       |                 | PROTECCION     | 30   | \$ 1.750.905 | 16%    | SIN RIESGO                 | \$ 280.200       | \$ 0                            | \$ 0                           | \$ 0                        | \$ 0               | \$ 0              | \$ 280.200 |             | COMPENSAR      | 30   | \$ 1.750.905 | 12,5%  | \$ 218.900       | \$         |
|                  |               |     |                  |               |     |              |          |                 |                |      |              |        |                            |                  |                                 |                                |                             |                    |                   | \$ 280.200 |             |                |      |              |        |                  | \$ 218.900 |

|            |             | CCF            |      |      |        |                  | RIESGOS        |      |              |        |              |                  | PARAFISCALES |      |             |                       |             |                       |             |                       |            |                      |                       |
|------------|-------------|----------------|------|------|--------|------------------|----------------|------|--------------|--------|--------------|------------------|--------------|------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|------------|----------------------|-----------------------|
| Total      | EPS Destino | Administradora | Días | IBC  | Tarifa | Valor Cotización | Administradora | Días | IBC          | Tarifa | Clase Riesgo | Valor Cotización | Días         | IBC  | Tarifa SENA | Valor Cotización SENA | Tarifa ICBF | Valor Cotización ICBF | Tarifa ESAP | Valor Cotización ESAP | Tarifa MEN | Valor Cotización MEN | Exonerado SENA e ICBF |
| 0          | \$ 218.900  |                | 0    | \$ 0 | 0%     | \$ 0             | ARL SURA       | 30   | \$ 1.750.905 | 2,436% | 3            | \$ 42.700        | 0            | \$ 0 | 0%          | \$ 0                  | 0%          | \$ 0                  | 0%          | \$ 0                  | 0%         | \$ 0                 | No                    |
| \$ 218.900 |             |                |      |      |        | \$ 0             |                |      |              |        |              | \$ 42.700        |              |      |             | \$ 0                  |             | \$ 0                  |             | \$ 0                  |            | \$ 0                 |                       |

## Planilla Integrada

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                              |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                    | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1000129256                 |    | ROMERO VILLORIA OLGA MARCELA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | transversal 80h # 66a 21 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3204812668 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |       |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|-------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago  |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco | Valor     |
| 2026-06                           | 2026-06 | 504264930 | 9506972649 | I        | 2026/07/14 | 2026/07/23 | NEQUI | \$545,500 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200        | \$1,900        | \$0                    | \$282,100        |
| PROTECCION               | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$280,200        | \$1,900        | \$0                    | \$282,100        |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700         | \$300          | \$0                    | \$43,000         |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700         | \$300          | \$0                    | \$43,000         |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900        | \$1,500        | \$0                    | \$220,400        |
| COMPENSAR                | EPS008 | 860,066,942 | 7  | 1         | \$218,900        | \$1,500        | \$0                    | \$220,400        |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$541,800</b> | <b>\$3,700</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$545,500</b> |