

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                                    |            |                                      |               |          |
|-------------------------|------------------------------------|------------|--------------------------------------|---------------|----------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                             | 2026-08-02 | Hasta:                               | 2026-08-31    |          |
| Nombre del Contratista: | ANYI LORENA PADILLA TEQUIA         |            | Número de Documento:                 | 1032486807    |          |
| Correo Electrónico:     | padillaanyi1@gmail.com             |            | Número Telefónico:                   | 3103406835    |          |
| Nombre del Supervisor:  | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | Cargo:     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código Grado: | - 242-25 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |      |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                  | 5644-2026                                | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 1516 |
| Perfil:                        | PROFESIONAL UNIVERSITARIO II             |               |      |                       |      |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |               |      |                       |      |
| Unidad de Servicios:           | USS SANTA MARTA                          |               |      |                       |      |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                          |                                                                     |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                              | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| V07UI552                     | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA                                                     | 110          | 0                        | 23518      | \$2586980 | 61.8%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2586980                               | DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTAPESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                          |                                           |                    |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2026-08-02               | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-09-30         |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO          | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS                          | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 8654624                          | \$ 8654624               | \$ 0                                      | \$ 8654624         |

|                                                         |                                                                            |                      |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|

|    |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                               |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Realizar la valoración integral del estado funcional de las personas con discapacidad o limitación funcional, aplicando instrumentos como el WHODAS y Barthel.                      | -Asistir a las reuniones programadas para la inclusión de la estrategia RBC a implementar generando un impacto positivo en las personas con discapacidad funcional y sus cuidadores.                                                                                                                                                                                                                                                   | -Asistir a las viviendas de los usuarios identificados por los gestores en línea y derivaciones de los demás perfiles                                                                         |
| 2  | Diseñar y concertar el Plan de Bienestar y participación familiar, definiendo prioridades y compromisos para mejorar la funcionalidad y autonomía.                                  | -Asistir a las viviendas de los usuarios identificados por los gestores en línea y derivaciones de los demás perfiles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | -Cargue en el aplicativo GTAPS con oportunidad y calidad listado de firmas y asistencia precrítica                                                                                            |
| 3  | Implementar y realizar el seguimiento al plan de cuidado, identificando avances, logros y dificultades en sesiones presenciales o telefónicas.                                      | -Realizar proceso de activación de ruta a usuarios que así lo lon con oportunidad y calidad en el diligenciamiento del formato Realizar acciones de gestión en lo que respeta a orientación a casos de aseguramiento y rutas de acceso a los servicios de salud activación y movilización de rutas sectoriales e intersectoriales que se requieran Cumplir con la disponibilidad asignada acuerdo al portafolio de servicios de la ESE | -Aplicación de tamizajes a personas en condición de discapacidad y limitación funcional ya sus cuidadores                                                                                     |
| 4  | Orientar a la familia sobre el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, incluyendo estrategias de afrontamiento y adaptaciones ambientales.                                 | -Realizar fichas de notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de los eventos identificados durante sus intervenciones según corresponda                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -Acompañamiento oportuno a los menores que presenten cambios en el desarrollo por parte del equipo de trabajo realizando los procesos adecuados para cumplir de forma oportuna y profesional. |
| 5  | Promover y guiar la elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad que fortalezcan la independencia de la persona con discapacidad.                                             | -Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la Subred foliados rotulados en carpeta y Formato Único de Inventario Documental FUID debidamente diligenciado                                                                                                                                                                                                  | -Listados de firmas aplicativos GTAPS formato de canalización según aplicación.                                                                                                               |
| 6  | Ejecutar la "Sesión para la Autonomía Cotidiana" en las Casas MAS Bienestar, orientada a mantener la funcionalidad, promover la independencia y favorecer la adaptación al entorno. | -Las demás actividades que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio y del PIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -Asistir a las reuniones programadas para la inclusión de nuevos RBC en la estrategia a implementar generando un impacto de manera positiva                                                   |
| 7  | Fomentar el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y activar las rutas de atención social y sanitaria necesarias.                                          | -Las demás actividades que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio y del PIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -Acompañamiento oportuno por parte del equipo de trabajo realizando los procesos adecuados para cumplir de forma oportuna y profesional                                                       |
| 8  | Evaluar el cumplimiento del plan de cuidado al cierre del proceso y reaplicar los instrumentos de valoración para medir los cambios.                                                | --Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la Subred en carpeta y Formato Único de Inventario Documental FUID debidamente diligenciado.                                                                                                                                                                                                                   | -Aplicativo GTAPS listados de asistencia                                                                                                                                                      |
| 9  | Articular con el Agente de Cambio para facilitar la vinculación de las familias a redes de apoyo comunitarias.                                                                      | -Realizar proceso de activación de ruta a usuarios que así lo lon con oportunidad y calidad en el diligenciamiento del formato Realizar acciones de gestión en lo que respeta a orientación a casos de aseguramiento y rutas de acceso a los servicios de salud activación y movilización de rutas sectoriales e intersectoriales que se requieran Cumplir con la disponibilidad asignada acuerdo al portafolio de servicios de la ESE | -Listados de asistencia y demás soportes que sean requeridos.                                                                                                                                 |
| 10 | Registrar todas las valoraciones, planes, seguimientos y cierres en el aplicativo GTAPS y demás herramientas dispuestas.                                                            | -Las demás actividades que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio y del PIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -Formato de firmas actas aplicativos y fichas de notificación                                                                                                                                 |
| 11 | Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.              | -Participar activamente de las propuestas para fortalecer las ejecutadas por el perfil de terapia encaminadas a una mejor atención acciones en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | -Formato de firmas actas aplicativos y fichas de notificación                                                                                                                                 |

|    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias.                                                   | -Participar activamente de las acciones propuestas para fortalecer las ejecutadas por el perfil de terapia encaminadas a una mejor atención acciones en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                         | -Listados de asistencia y demás soportes que sean requeridos.                                                                 |
| 13 | Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutorias, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS.                                                | -Realizar proceso de activación de ruta a usuarios que así lo lon con oportunidad y calidad en el diligenciamiento del formato Realizar acciones de gestión en lo que respeta a orientación a casos de aseguramiento y rutas de acceso a los servicios de salud activación y movilización de rutas sectoriales e intersectoriales que se requieran Cumplir con la disponibilidad asignada acuerdo al portafolio de servicios de la ESE | -Asistir a las viviendas de los usuarios identificados por los gestores gestores en línea y derivaciones de los demás perfile |
| 14 | Realizar contacto telefónico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS                                                            | -Asistir a las viviendas de los usuarios identificados por los gestores gestores en línea y derivaciones de los demás perfiles                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -Cargue en el aplicativo GTAPS con oportunidad y calidad listado de firmas y asistencia precritica                            |
| 15 | Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa | -Asistir a las reuniones programadas para la inclusión de la estrategia RBC a implementar generando un impacto positivo en las personas con discapacidad funcional y sus cuidadores.                                                                                                                                                                                                                                                   | -Asistir a las viviendas de los usuarios identificados por los gestores gestores en línea y derivaciones de los demás perfile |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |                       |               |     |                |                                                                  |                            |                                                  |                  |                |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|-----|----------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|------------------|----------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |                       | Fecha de Pago |     |                | Número de Planilla                                               | Factura Electrónica        | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |                  | \$ 4765200     |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 93461654                                                         | -                          |                                                  |                  |                |
| 2026                                                    | JULIO                 | 2026          | 07  | 14             |                                                                  |                            |                                                  |                  |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS |                            |                                                  |                  |                |
| Item                                                    |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                          | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |                  | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |                       |               |     | NO             | PORVENIR                                                         | \$ 1906080                 | \$ 304973                                        |                  | \$ 305500      |
| Salud                                                   |                       |               |     |                | FAMISANAR                                                        |                            | \$ 238260                                        |                  | \$ 238700      |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3              | COLMENA SEGURO S.A.                                              |                            | \$ 46432                                         |                  | \$ 46600       |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO             |                                                                  | Total                      | \$ 553183                                        |                  | \$ 590800      |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |                                                                  |                            |                                                  |                  |                |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                          | Número Cuenta              | de                                               | 0570478070023898 |                |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |     |                |                                                                  |                            |                                                  |                  |                |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |     |                | USUARIO                                                          |                            |                                                  | FECHA            |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | ANYI LORENA PADILLA TEQUIA                                       | 2026-08-25 21:56:01        |                                                  |                  |                |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |     |                | ANYI LORENA PADILLA TEQUIA                                       | 2026-08-25 22:15:30        |                                                  |                  |                |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                       |               |     |                | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA                               | 2026-08-29 13:58:19        |                                                  |                  |                |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |     |                | ANYI LORENA PADILLA TEQUIA                                       | 2026-08-29 15:25:02        |                                                  |                  |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA                               | 2026-08-29 15:27:12        |                                                  |                  |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                        | 2026-08-29 21:19:00        |                                                  |                  |                |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

*Handwritten signature: Yland Janneth Montilla*

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                      |                    |                        |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|----------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                                  | 1032486807        | ANYI LORENA PADILLA TEQUIA |        | Carrera 37#68c-61sur | 3103406835         | padillaanyi1@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                        |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                            |        |                      |                    | NO                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 93461654        | 14/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                           | I               | \$1,750,905              | \$552.400          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 0         | 0                     | 42.700              |                            |                     | 427               | 42.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 10.600       | 0         | 0                 | 10.600        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700        |
| CCF                    | 1                              | 10.600                              | 10.600        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 552.400                             | 552.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1032486807        | ANYI LORENA PADILLA TEQUIA |        | Carrera 37#68c-61sur | 3103406835         | padillaanyi1@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                      |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                      |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 93461654        | 14/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                           | I               | \$1,750,905              | \$552.400          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                            |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |          |           |      | RIESGOS LABORALES |                     |                      |                                | CCF                             |          |           |      | PARAFISCALES           |          |           |      |                 |            |            |           |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|----------|-----------|------|-------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Salud po | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | ING | RET | TAE | TAP | TAP | TAP | TAP     | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP   | Cód. AFP | IBC AFP   | Días | Cotización        | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC 1032486807                   | PADILLA TEQUIA ANYI LORENA | 59        | 0        |            | N               |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       | 230301   | 1.750.905 | 30   | 280.200           | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017   | 1.750.905 | 30   | 218.900                | 14-23    | 1.750.905 | 30   | 3               | 42.700     | CCF24      | 1.750.905 | 30   | 10.600     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |



**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que **ANYI LORENA PADILLA TEQUIA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1032486807** y es titular de la cuenta terminada en **\*\*3898** , realizó el siguiente pago a través de :

| Fecha del pago | Valor         | Destino          | Factura - Referencia | Número de Autorización |
|----------------|---------------|------------------|----------------------|------------------------|
| 11/07/2026     | \$ 552.400,00 | COMPENSAR-<br>OI | 472478430            | 72478430               |

Banco Davivienda S.A.

Se expide en Bogotá, el 03-08-2026.

Atentamente,

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1032486807        | ANYI LORENA PADILLA TEQUIA |        | Carrera 37#68c-61sur | 3103406835         | padillaanyi1@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                      |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                      |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| 93461654             | 14/07/2026                        | 94573448        | 26/08/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                           | N               | \$1,906,080              | \$50.000           |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 19.400                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 22        | 400                   | 0              | 19.800        | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 24.800                 | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 22        | 500                   | 0              | 25.300        | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 3.800                  |                  |       |                        | 3.800                 | 22        | 100                   | 3.900               |                            |                     | 38                | 3.900         | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |  |             |              |           |                   |
|---------------|----------------|--|--|--|--|-------------|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  |  | 860066942-7 | 900          | 22        | 100               |
|               |                |  |  |  |  |             |              |           | Total a Pagar     |
|               |                |  |  |  |  |             |              |           | 1.000             |
|               |                |  |  |  |  |             |              |           | No. Afiliados     |
|               |                |  |  |  |  |             |              |           | 1                 |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 22        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 22        | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 19.400                              | 19.800        |
| PenSIón                | 1                              | 24.800                              | 25.300        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 3.800                               | 3.900         |
| CCF                    | 1                              | 900                                 | 1.000         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 48.900                              | 50.000        |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1032486807        | ANYI LORENA PADILLA TEQUIA |        | Carrera 37#68c-61sur | 3103406835         | padillaanyi1@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                      |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                      |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| 93461654             | 14/07/2026                        | 94573448        | 26/08/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                           | N               | \$1,906,080              | \$50.000           |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                            |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD    |           |      | RIESGOS LABORALES |                     |                      |                                | CCF                             |          |           |      | PARAFISCALES           |          |           |      |                 |            |            |           |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------|-------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Salud po | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | ING | RET | TAE | TAP | TAP | TAP | TAP     | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | Cód. AFP | IBC AFP   | Días | Cotización        | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC 1032486807                   | PADILLA TEQUIA ANYI LORENA | 59        | 0        |            | N               |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     | 230301   | 1.906.080 | 30   | 305.000           | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017   | 1.906.080 | 30   | 238.300                | 14-23    | 1.906.080 | 30   | 3               | 46.500     | CCF24      | 1.906.080 | 30   | 11.500     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

**Pago PSE****Resultado de su transacción****Código único CUS**

595924323

**Destino de pago**

COMPENSAR-OI

**Motivo**

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**

25/08/2026

**Número de aprobación**

00924323

**Dirección IP**

181.61.246.207

**Valor transacción**

\$ 50.000,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

181.61.246.207

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

1032486807



|          |              |      |      |
|----------|--------------|------|------|
| Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a |
|----------|--------------|------|------|

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

## 1 Información general

Cancelar

 $\wedge$ 

## Evaluación de la Entidad Estatal

>

## 2 Condiciones

[VER CONTRATO](#)

## Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

## 5 Documentos del contrato

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?

## 8 Modificaciones del Contrato

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

## 9 Incumplimientos

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                     | Nombre del archivo                              | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA ENERO 2026 CTO 8759-2025.pdf             | CUENTA ENERO 2026 CTO 8759-2025.pdf             | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA FEBRERO 2025 CTO 8759-2025.pdf           | CUENTA FEBRERO 2025 CTO 8759-2025.pdf           | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | AD 1 PS 8759 2025.pdf                           | AD 1 PS 8759 2025.pdf                           | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MARZO 2026 CTO 8759-2025.pdf             | CUENTA MARZO 2026 CTO 8759-2025.pdf             | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA ABRIL 2026 CTO 8759-2025.pdf             | CUENTA ABRIL 2026 CTO 8759-2025.pdf             | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ARL COLMENA - 1032486807 - CTO 8759-2025.pdf    | ARL COLMENA - 1032486807 - CTO 8759-2025.pdf    | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 8759-2025.pdf         | CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 8759-2025.pdf         | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JUNIO 2026 CTO 8759-2025.pdf             | CUENTA JUNIO 2026 CTO 8759-2025.pdf             | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JULIO 2026 CTO 8759-2025.pdf             | CUENTA JULIO 2026 CTO 8759-2025.pdf             | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | DOCUMENTACIÓN ANYI LORENA PADILLA TEQUI (2).zip | DOCUMENTACIÓN ANYI LORENA PADILLA TEQUI (2).zip | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MAYO CONTRATO 8759-2025.pdf              | CUENTA MAYO CONTRATO 8759-2025.pdf              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

 $\wedge$ 

## Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;