

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                   |                     | 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 Lucia Beltrán Díaz                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                               | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 39657937   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | olguisbell@hotmail.com                            |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3142963167 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                   |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA<br>HOSPITAL BOSA |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | BO37106           | 100                      |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                   |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 91203086011                                       |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4696                     |                                                   |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1731              | FECHA                    | 2026-08-19<br>10:44:40.000                        | NÚMERO DE CRP       | 32464                            | FECHA         | 2026-08-31<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                             | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                   | 2026-08-01          |                                  |               | 2026-08-31                                                                          |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                   |                     |                                  | \$7,457,136   |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                   |                     |                                  | \$4,812,840   |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                   |                     |                                  | \$2,655,360   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                   |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                   |                     |                                  | \$2,644,296   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                   |                     |                                  | 65%           |                                                                                     |            |
| 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 | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC                            | NIVEL ARL           | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 4663896268                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                | \$145,364                                         | 3                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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                                                                                                                                         |                   |                          |                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

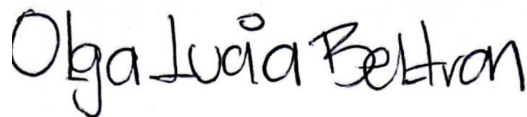
| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                              | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. | Realizar la entrega y recepción del turno de los pacientes asignados, proporcionando información actualizada sobre su estado, evolución, novedades, cuidados y actividades de enfermería realizadas, con el fin de garantizar la continuidad y seguridad en la atención. | Entrega y recepción de turno realizada de manera oportuna, con información actualizada de los pacientes asignados, incluyendo evolución, novedades, cuidados y actividades de enfermería, garantizando la continuidad del cuidado.                                 |
| 2. Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio                                                                                 | Ejecutar las actividades de cuidado de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con las necesidades de los pacientes y siguiendo los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por el servicio.                                    | Actividades de enfermería asignadas ejecutadas de manera oportuna y segura, dejando los respectivos registros en los formatos y sistemas institucionales establecidos                                                                                              |
| 3. Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente                                                                                  | Ejecutar las actividades de cuidado de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con las necesidades de los pacientes y siguiendo los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por el servicio.                                    | Actividades de enfermería asignadas ejecutadas de manera oportuna y segura, dejando los respectivos registros en los formatos y sistemas institucionales establecidos.                                                                                             |
| 4. Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                              | Informar y retroalimentar oportunamente al supervisor sobre las dificultades, novedades y situaciones identificadas durante el proceso de atención, con el fin de contribuir a la identificación de oportunidades de mejora y al adecuado desarrollo de las actividades  | Reporte y retroalimentación de las dificultades presentadas durante el proceso de atención, así como de las novedades y oportunidades de mejora identificadas, dejando evidencia de la comunicación realizada al supervisor.                                       |
| 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                                                           | Brindar orientación al paciente y su familia sobre el plan de cuidados en casa, verificando la comprensión de las recomendaciones, órdenes médicas, signos de alarma y pautas para garantizar la continuidad del tratamiento ambulatorio                                 | Educación y orientación brindada al paciente y su familia sobre los cuidados en casa y las indicaciones médicas, verificando su comprensión y dejando el registro correspondiente en los formatos o sistemas institucionales establecidos.                         |
| 6. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                     | Aplicar durante la atención y el desarrollo de las actividades asistenciales los protocolos y lineamientos institucionales de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, promoviendo prácticas seguras y responsables.                                | Cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad establecidos por la institución, evidenciado en la ejecución segura de las actividades y el adecuado manejo de residuos y elementos utilizados durante la atención. |
| 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                                                          | Brindar orientación oportuna y clara a los pacientes y sus familiares, atendiendo sus necesidades e inquietudes de acuerdo con las políticas institucionales, protocolos de atención y normas vigentes, promoviendo un trato humanizado y respetuoso                     | Orientación y atención brindada a pacientes y familiares de acuerdo con sus necesidades y expectativas, garantizando información clara y oportuna, con los respectivos registros en los formatos o sistemas institucionales establecidos.                          |
| 8. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                               | Diligenciar de manera oportuna, clara y completa los diferentes reportes, registros y libros correspondientes al servicio, de acuerdo con los procedimientos y lineamientos institucionales establecidos.                                                                | Reportes, registros y libros propios del servicio diligenciados y actualizados, dejando evidencia de las actividades realizadas y de las novedades presentadas durante el turno.                                                                                   |
| 9. Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                                                                                     | Diligenciar de manera completa, clara, legible y oportuna los documentos requeridos para los procesos de facturación, estadística y libros de registro, de acuerdo con los lineamientos y procedimientos institucionales.                                                | Documentos de facturación, registros estadísticos y libros propios del servicio diligenciados de forma completa, legible y organizada, garantizando la disponibilidad y confiabilidad de la información requerida por la institución                               |
| 10. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                     | Apoyar el cumplimiento de las normas, protocolos y lineamientos establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con los requerimientos de la Subred y las actividades asignadas en el servicio.                                            | Cumplimiento de las normas y lineamientos de calidad aplicables al servicio, evidenciado en la ejecución de las actividades asistenciales conforme a los protocolos institucionales y en los registros correspondientes.                                           |
| 11. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento                                                                       | Elaborar y presentar mensualmente al supervisor del contrato el informe correspondiente al desarrollo, avance y cumplimiento de las actividades realizadas durante el periodo, de acuerdo con los requerimientos establecidos.                                           | Informe mensual de actividades elaborado y entregado al supervisor del contrato, con la relación de las actividades ejecutadas, avances y evidencias correspondientes, para la respectiva certificación de cumplimiento.                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                                                                                       | Custodiar, utilizar adecuadamente y responder por los elementos, equipos e insumos entregados para el desarrollo de las actividades asignadas, manteniendo su buen estado y realizando la devolución correspondiente al finalizar el contrato.                      | Elementos, equipos e insumos institucionales recibidos, utilizados y conservados adecuadamente, con devolución a la persona encargada al momento de la terminación del contrato, según los procedimientos establecidos. |
| 13. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                                                                                                                | Participar de manera activa y oportuna en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y demás eventos institucionales a los cuales sea convocado, fortaleciendo los conocimientos y competencias requeridas para el desarrollo de las actividades asignadas. | Participación y asistencia a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos institucionales programados, con los respectivos registros de asistencia y evidencias de participación.                       |
| 14. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                                     | Identificar y notificar oportunamente las fallas o situaciones que afecten la calidad de la atención en el servicio, participando en la implementación y seguimiento de las acciones de mejora definidas por la institución.                                        | Reporte oportuno de las fallas de calidad identificadas y cumplimiento de las acciones de mejora establecidas para el servicio, con los respectivos registros y evidencias institucionales.                             |
| 15. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                        | Conocer, aplicar y dar cumplimiento a los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred para el desarrollo de las actividades asignadas, apoyando su adecuada implementación en el servicio.                                                 | Cumplimiento de los procedimientos, protocolos y lineamientos institucionales aplicables al servicio, evidenciado en la ejecución de las actividades asignadas y en los registros correspondientes.                     |
| 16. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales                                                                                                                                  | Apoyar oportunamente a la Subred en las actividades requeridas, de acuerdo con las necesidades y requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos y compromisos establecidos.                             | Actividades y requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales atendidos y apoyados de manera oportuna, dejando las evidencias y registros correspondientes de las gestiones realizadas.                      |
| 17. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                                              | Registrar de manera oportuna, completa y clara las actividades realizadas durante la prestación del servicio, de acuerdo con los procedimientos y lineamientos establecidos en el sistema de información de la Subred.                                              | Registros de las actividades realizadas durante la prestación del servicio, diligenciados y actualizados en el sistema de información de la Subred, garantizando la trazabilidad y disponibilidad de la información.    |
| <p style="text-align: center;">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> |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                         |

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

**DEBE A:**  
**OLGA LUCIA BELTRAN DIAZ**  
**39.657.937 BOGOTA**

La suma de: (\$ 2.655.360), pesos m/cte. por concepto de: Prestar servicios en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional., durante el periodo del 1 al 31 de AGOSTO 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4696-2026



---

**OLGA LUCIA BELTRAN DIAZ**  
**C.C 39.657.937 BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**  
**NUMERO 91203086011**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |  |  |  |  |                                                                           |  |  |  |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:          |  |  |  |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA                                                      |  |  |  |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:      |  |  |  |  | 39657937                                          |  |  |  |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:        |  |  |  |  | BOGOTA DISTRITO CAPITAL                                                   |  |  |  |  | DEPARTAMENTO:                  |  |  |  |  | OLGA LUCIA BELTRAN DIAZ                           |  |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:             |  |  |  |  | CRA 32 NUM 17 215                                                         |  |  |  |  | TELÉFONO:                      |  |  |  |  | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL                         |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN:                    |  |  |  |  | 02-INDEPENDIENTE                                                          |  |  |  |  | CLASE APORTANTE:               |  |  |  |  | 99999999                                          |  |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:               |  |  |  |  | PRIVADA                                                                   |  |  |  |  | I-INDEPENDIENTE                |  |  |  |  | 2026/08/20                                        |  |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:                 |  |  |  |  | ÚNICO                                                                     |  |  |  |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:           |  |  |  |  | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |  |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:        |  |  |  |  | APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |  |  |  | NO                             |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
|                               |  |  |  |  |                                                                           |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                    |  |  |                |            |                     |           |  |             |              |            |      |            |          |              |  |
|-------------------------|--------------------|--|--|----------------|------------|---------------------|-----------|--|-------------|--------------|------------|------|------------|----------|--------------|--|
| ADMINISTRADORA          |                    |  |  | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           |  |             | FSP          |            | MORA |            | TOTALES  |              |  |
| CÓDIGO                  | NOMBRE             |  |  |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE |  | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA     | VALOR PAGADO |  |
| 230201                  | 230201- PROTECCION |  |  | 1              | \$ 280.200 | \$ 0                | \$ 0      |  | \$ 0        | \$ 0         | \$ 1.700   | \$ 0 | \$ 280.200 | \$ 1.700 | \$ 281.900   |  |
| SUBTOTALES:             |                    |  |  |                |            |                     |           |  |             |              |            |      | \$ 280.200 | \$ 1.700 | \$ 281.900   |  |

| TOTAL APORTES A SALUD |                    |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |          |           |              |  |  |
|-----------------------|--------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|----------|-----------|--------------|--|--|
| ADMINISTRADORA        |                    | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |          |           |              |  |  |
| CÓDIGO                | NOMBRE             |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA     | DESCUENTO | VALOR PAGADO |  |  |
| EPS005                | EPS005-SANITAS S.A | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 218.900  | \$ 0        | \$ 1.400   | \$ 0        | \$ 218.900 | \$ 1.400 | \$ 0      | \$ 220.300   |  |  |
| SUBTOTALES:           |                    |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 218.900 | \$ 1.400 | \$ 0      | \$ 220.300   |  |  |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                  |                |                     |       |                      |               |       |             |           |        |           |              |
|---------------------------------------|------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|-----------|--------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES   |        |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES   | MORA   | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 42.700   | \$ 42.700 | \$ 300 | \$ 0      | \$ 43.000    |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 42.700 | \$ 300 | \$ 0      | \$ 43.000    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                   |          |              |            |      |                     |              |                           |              |            |                    |     |              |             |          |            |                  |       |              |             |           |        |          |      |                   |              |          |     |       |              |              |              |              |              |
|-------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------|----------|--------------|------------|------|---------------------|--------------|---------------------------|--------------|------------|--------------------|-----|--------------|-------------|----------|------------|------------------|-------|--------------|-------------|-----------|--------|----------|------|-------------------|--------------|----------|-----|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |                   |          |              |            |      |                     | PARAFISCALES |                           |              |            |                    |     |              |             |          |            |                  |       |              |             |           |        |          |      |                   |              |          |     |       |              |              |              |              |              |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                 | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM              | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN           |          |              |            |      | SALUD               |              |                           |              |            | ARP                |     |              |             | DÍAS COT | IBC        | CCF              |       | SENA         | ICBF        | ESAP      | MINEDU |          |      |                   |              |          |     |       |              |              |              |              |              |
|                               |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | ADMIN             | DÍAS COT | IBC          | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES VOLUNTARIOS |              | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN      | DÍAS COT           | IBC | COTIZACIÓN   | VALOR ADRES |          |            | TOTAL APORTE     | ADMIN |              |             |           |        | DÍAS COT | IBC  | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
|                               |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                   |          |              |            |      | EMPLEADOR           | EMPLEADO     |                           |              |            |                    |     |              |             |          |            |                  |       |              |             |           |        |          |      |                   |              |          |     |       |              |              |              |              |              |
| 1                             | CC 39657937    | BELTRAN DIAZ OLGA LUCIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.750.905   |                 |            |            | NO                 | 01        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 230201-PROTECCIÓN | 30       | \$ 1.750.905 | \$ 280.200 | \$ 0 | \$ 0                | \$ 0         | \$ 0                      | Normal       | \$ 280.200 | EPS005-SANITAS S.A | 30  | \$ 1.750.905 | \$ 218.900  | \$ 0     | \$ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30    | \$ 1.750.905 | \$ 39657937 | \$ 42.700 | \$ 0   | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0         | \$ 0     |     |       |              |              |              |              |              |

TOTAL PAGADO:

\$ 545.200