

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                                       |               | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       | sandra patricia tobar aguirre                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                       | C.C                                                   | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1033772428 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                       | sandrapatriciatobaraguirre@gmail.com                  |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3118907346 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                       |                                                       |               | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       | URG URGENCIAS ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                                     |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10B04              | 100                                   |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                                       |                                                       |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                       | 550006200731393                                       |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 6202                                  |                                                       |               | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2932                 | FECHA                                 | 2023-11-29 16:40:51.000                               | NÚMERO DE CRP | 65685                            | FECHA         | 2023-11-30 13:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                       | DESDE                                                 | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                                       | 2023-11-01    |                                  |               | 2023-11-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                       |                                                       | \$2,061,438   |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            | Asistencial          |                                       | RESERVA DE GLOSA 0%                                   |               |                                  | N/A           |                                                                                     |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                      |                                       |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                       |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                       |                                                       |               |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       |                                                       |               |                                  | \$7,283,748   |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                                       |               |                                  | \$7,283,748   |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                       |                                                       |               |                                  | \$2,061,438   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                                       |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                       |                                                       |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       |                                                       |               |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 71901625                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,526            | \$113,566                             | \$145,364                                             | 3             | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                      |                                       |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TEOMELILA GUERRA ARAUJO<br>49787690<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. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Atender a las dudas y o preguntas del paciente acerca del servicio con un trato idóneo y moral-recibir agenda del profesional y o facturas que generen el paciente según su necesidad -atento en la parte asistencial en lo que el profesional requirio                                                                                                                 | trato y servicio humanizado, moral y ético, cumplimiento con las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual |
| 2. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | retroalimentación constante de las nuevas directrices en el servicio de salud oral, diligenciamiento de pedidos, retroalimentación del manual de bioseguridad                                                                                                                                                                                                           | Cumplimiento con las diferentes acuerdos y o circulares que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato                 |
| 3. Conocer y aplicar las políticas institucionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | retroalimentación constante de las nuevas directrices en el servicio de salud oral, diligenciamiento de pedidos, retroalimentación del manual de bioseguridad                                                                                                                                                                                                           | Retroalimentación de las políticas subred suroccidente e informes de cumplimiento                                                            |
| 4. Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | aplico políticas de seguridad del paciente en cada atención con el usuario para generar entorno seguro para todos ,lleno planillas según lo requerido en el servicio-información coherente acertada en cada una de estas labores                                                                                                                                        | Planillas y registros diarios, desinfección,esterilizacióntemperatura humedad,verificación de consultorio entre otro                         |
| 5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades previo seguimiento por parte del supervisor y tramite del área de financiera competente                                                                                                                                                            | atenta en el servicio cuando algo no corresponda para evitar glosas y o este interrumpa los procesos indicados -apoyo a los cirujanos maxilofaciales en lo que requieran,alistamiento del paciente y entorno,instrumental,elementos de protección ,medicamentos y dispositivos que necesiten para la consulta                                                           | apoyo incondicional en la parte asistencial y en lo que requiera la subred                                                                   |
| 6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | fidelidad y buena fe en el desarrollo desde el inicio a fin de la jornada de trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                                                   | entregando los productos del desarrollo obrando con lealtad y buena fe en lo que realizo.                                                    |
| 7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor                                                                                                                                                                                                                                         | cada que recibo mi pago, pago los 358.900 que corresponde a la salud y pension                                                                                                                                                                                                                                                                                          | cada que recibo mi pago, pago lo que corresponde a la salud y pension                                                                        |
| 8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | desinfección y esterilización de áreas e instrumental,aseo rutinario y o terminal de cada equipo odontológico,rotulación de jabones y o productos de aseo,cambio de guardianes según fecha de vencimiento,llenar planillas del servicio según corresponde ,estar atenta que el servicio funcione según lo indicado en las guías,manuales e instructivos institucionales | cumplo día a día con las guías,protocolos instructivos y procesos institucionales                                                            |
| 9. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar | cuido equipos odontológicos de uso diario,reporto en ticket según la necesidad de arreglo y o cambio,velo por el uso adecuado de los mismos.                                                                                                                                                                                                                            | informar a biomédicos y o mantenimiento ,activos fijos cuando lo requiera para el mejor funcionamiento del servicio                          |
| 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | nuevo formato de registros medicamentos y dispositivos,actualización según video enviado por salud oral para actualización y mejorar registros                                                                                                                                                                                                                          | asisto a capacitaciones y aplico mejoras constantemente                                                                                      |
| 11. Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | informe de consulta externa ,respuesta a las solicitudes diarias que requiere el jefe inmediato y o cirujanos de turno en el servicio.                                                                                                                                                                                                                                  | informe de actividades,Rips                                                                                                                  |
| 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | actualización nueva forma de llenar planilla de medicamentos,pedidos semanal y bimensual                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ulc y o capacitaciones constantes                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | informo de manera oportuna las dificultades que se presenten en el servicio al jefe inmediato para su respectiva direccionamiento.                                                                                   | información de manera oportuna sobre las dificultades que se presenten.                                                                                              |
| 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato previo seguimiento y notificación del supervisor                                                                                                                                                                           | me comprometo a salvaguardar diariamente la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento                                                      | cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento información de manera oportuna sobre las dificultades que se presenten |
| 15. En caso de ser designado como supervisor de un contrato, en atención a su competencia, experticia técnica, formación académica y/o idoneidad del perfil para el cumplimiento de un proyecto o convenio, o en caso de ser insuficiente el personal de planta para tal actividad, el CONTRATISTA se compromete a realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico encomendado, dando cumplimiento al manual institucional y respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. | No aplica                                                                                                                                                                                                            | No aplica                                                                                                                                                            |
| 16. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | garantizo el apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica                                                                                                                                         | garantizo el apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.                                                                                        |
| 17. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad en el formato establecido, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar por parte del supervisor el último servicio recibido                                                                                                                                                                                                                                                                       | daré trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad                                                                                                                                                         | paz y salvo por todo concepto                                                                                                                                        |
| 18. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | promuevo y aplico las normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje | aplico diariamente en el puesto de trabajo                                                                                                                           |
| 19 Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato                                                                                                                                                                                                                                                         | politica de seguridad del paciente para tener entornos seguros para mi ,mi entornos mis compañeros ,el paciente y sus familias                                                                                       | uso correcto de los Epp                                                                                                                                              |
| 20. Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesiones Médicas y Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada, la cual será solicitada por la entidad en el momento que se requiera su soporte.                                                                                           | Poliza adquirida                                                                                                                                                                                                     | Poliza adquirida y copia enviada a la Subred                                                                                                                         |
| 21. El CONTRATISTA se obliga a realizar actividades de Docencia Servicio e investigación cuando lo requiera la Subred de acuerdo al procedimiento establecido para ello                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | si es pertinente para la mejora del servicio,se realizara                                                                                                                                                            | Docencia servicio e investigación cuando lo requiera la subred                                                                                                       |
| 22. El CONTRATISTA se obliga a prevenir el abuso y el acoso sexual, a denunciar cuando tenga conocimiento de casos de violencias basadas en género y hacer un uso no sexista del lenguaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | prevenir el acoso sexual informando inmediatamente alguna anomalia con respecto al tema                                                                                                                              | información y denuncia inmediata                                                                                                                                     |
| 23. El CONTRATISTA se obliga a publicar en el expediente electrónico los soportes de la ejecución del presente contrato, para ello, cargará evidencia mensual de la cuenta de cobro aprobada y sus anexos, en Secop II ítem 7 ejecuciones del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | se efectuará mes a mes el comprobante de la cuenta de cobro.                                                                                                                                                         | se enviara correo de evidencia mes a mes                                                                                                                             |
| 24. Para los casos que aplique EL CONTRATISTA deberá cumplir con las metas de producción acordadas con el supervisor del contrato para efectos de actividades y/o productos a prestar, conforme a los lineamientos pactados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | desarrollare todas las actividades propuestas por el supervisor                                                                                                                                                      | se garantiza mi cumplimiento con las actividades propuestas                                                                                                          |
| 25. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | me comprometo a desarrollar las actividades dejadas y propuestas en mi contrato                                                                                                                                      | con responsabilidad y honestidad se efectuará.                                                                                                                       |

TEOMELILA GUERRA ARAUJO  
49787690  
Supervisor

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

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA /11-2023

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

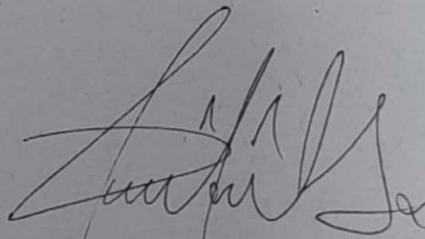
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANDRA PATRICIA TOBAR AGUIRRE

C.C 1033772428 DE BOGOTÁ

La suma de 2'061.438 por concepto de: prestación de servicios como Auxiliar de odontología/higienista oral, durante el periodo 01 al 30 de NOVIEMBRE 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 6202**



Nombre de contratista

SANDRA PATRICIA TOBAR AGUIRRE

CC 1033772428

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO: 0550006200731393

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                           |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                 | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1033772428        | SANDRA PATRICIA TOBAR AGUIRE |        | Calle 78 bis sur # 94 -27 | 3118907346         | sandrapatriciatobaraguire@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO              | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.              | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2023-10              | 2023-10                           | I             | 08/11/2023               | 71901625        | \$358.900     |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 145,000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 145.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 185.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 185.600       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 28.300                 |                  |       |                        | 28.300                | 0         | 0                     | 28.300              |                            |                     | 283               | 28.300        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |  |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| 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                              | 145.000                             | 145.000       |
| Pensión                | 1                              | 185.600                             | 185.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 28.300                              | 28.300        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 358.900                             | 358.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                           |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                 | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1033772428        | SANDRA PATRICIA TOBAR AGUIRRE |        | Calle 78 bis sur # 94 -27 | 3118907346         | sandrapatriciataraguirre@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2023-10              | 2023-10                           | I             | 08/11/2023               | 71901625        | \$358.900 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1033772428            | TOBAR AGUIRRE SANDRA PATRICIA | 59        | 0       |           |                  | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    | 25-14    | 1.160.000 | 185.600    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.160.000 | 145.000                | 14-11    | 1.160.000    | 3               | 28.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA