

| DATOS DEL CONTRATISTA                                          |                                |                                |            |            |             |                                                           |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------|------------|-------------|-----------------------------------------------------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)                        |                                |                                |            |            |             |                                                           |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                           | DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO |                                |            | CC:        | 1047484461  |                                                           |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                            | DANIELMARRUGO123@GMAIL.COM     |                                |            | TELÉFONO:  | 3104128230  |                                                           |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                           | KR 15 47 50                    |                                |            | CIUDAD:    | BOGOTA      |                                                           |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                       | BANCOLOMBIA S.A.               | TIPO DE CUENTA:                | AHORROS    | N° CUENTA: | 29707144210 |                                                           |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO          |                                |                                |            |            |             |                                                           |
| N° DEL CONTRATO:                                               | PS 1146 2025                   | N° CDP:                        | 1276       | N°. RP:    | 0           | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: SEIS (6) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                       | 2025/01/01                     | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/06/30 |            |             |                                                           |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                       | DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30   |                                |            |            |             |                                                           |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO | \$ 6.655.527                   |                                |            |            |             |                                                           |



DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO  
PS\_1146\_2025\_0F11BC-2025-06-16 15:38:13

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO  
CC: 1047484461  
CEL: 3104128230

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO

CON C.C N° 1.047.484.461

|                      |                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                |                                           |              |
|-------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|--------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1146 2025   | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/01/01   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 27.931.392  | No. HORAS EJECUTADAS                      | 183          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 41.897.088  | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.655.527 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | SEIS (6) MESES |                                           |              |

|                                               |                       |
|-----------------------------------------------|-----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CARCEL DISTRITAL      |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | GUILLERMO RUBIO GUIZA |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR.                                                                           |
| 2    | PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTION, ACREDITACION, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMAS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD. |
| 3    | PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DEL SERVICIO, JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.                                                                                                                 |
| 4    | PARTICIPAR EN LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y ADHERENCIA DE GUIAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE APLIQUEN AL SERVICIO.                                                                                                                   |
| 5    | APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES.                                                                                                                                                |
| 6    | PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCION QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO.                                                               |
| 7    | PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASI QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACION POR PARTE DE EPS-S-EAPB.                                                                                                 |
| 8    | NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION.                                                                                                                                                                                  |
| 9    | . PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.                                                                                                                                                |
| 10   | REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.                                                                                                                                                          |
| 11   | . INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD.                                                                                                                                                                        |
| 12   | INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.                                                                                                                                                                |
| 13   | FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISION QUE LA SUBRED, REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVES DE TERCEROS.                                                                                              |
| 14   | CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE GARANTIA DE CALIDAD.                                                                                                |
| 15   | REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE.                                                                                                 |
| 16   | BRINDAR UNA ATENCION EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTANDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA.                                                                             |
| 17   | PRESTAR SUS SERVICIOS ASISTENCIALES RESPETANDO LA AUTONOMIA INSTITUCIONAL DE LA SUBRED, SU VISION, MISION, ESTRUCTURA ORGANICA REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TECNICOS, CIENTIFICOS Y DISCIPLINARIOS, ACOGIENDO LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES.                       |
| 18   | REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO COBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE OFERTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO.                                                                                                                    |
| 19   | INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, CONOCER EL GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y RESOLVER INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCION.                   |

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 20                                                                                                                                                                                                                                          | LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES, ASI COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCION Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION                                                                                                                                                                                                                                     |               |              |
| 21                                                                                                                                                                                                                                          | RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |              |
| 22                                                                                                                                                                                                                                          | REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |              |
| 23                                                                                                                                                                                                                                          | EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |              |
| 24                                                                                                                                                                                                                                          | DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA, LOS FORMATOS) DE LAS HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMAS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON FIRMA Y SELLO. |               |              |
| 25                                                                                                                                                                                                                                          | GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |              |
| 26                                                                                                                                                                                                                                          | GARANTIZAR LA INTEGRIDAD Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASI COMO LA UTILIZACION RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICION O REPARACION CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA MANIPULACION DE LOS MISMOS.                                                                                                                                                |               |              |
| 27                                                                                                                                                                                                                                          | REPORTAR AL AREA DE RECURSOS FISICOS   ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| 28                                                                                                                                                                                                                                          | DESARROLLAR ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MEDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, SI APLICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |              |
| 29                                                                                                                                                                                                                                          | CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL RESPECTIVO CONTRATO, CUMPLIENDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION; EN LOS CASOS DE NOVEDADES INFORMAR CON ANTICIPACION PARA EL CUBRIMIENTO DE SUS ACTIVIDADES.                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |              |
| 30                                                                                                                                                                                                                                          | APOYAR EN LA PARTE TECNICA LAS ACTIVIDADES DE SUPERVISION DE LOS CONTRATOS CUANDO ESTAS SEAN ASIGNADAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |              |
| 31                                                                                                                                                                                                                                          | LAS DEMAS ASIGNADAS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |              |
| 32                                                                                                                                                                                                                                          | LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |              |
| III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |              |
| SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |              |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                        | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI            | NO           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                           | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X             |              |
| 2                                                                                                                                                                                                                                           | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?                                                                                                                                                                                                                                                                         | X             |              |
| 3                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X             |              |
| 4                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X             |              |
| 5                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Que adjunto evidencia del cargue   en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X             |              |
| Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>clausula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u></b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del   (2025-06-01) AL (2025-06-30) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |              |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                            | N° 87373465                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                      | NUEVA EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2025/06/12    | \$   350.000 |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                    | COLFONDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2025/06/12    | \$   448.000 |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                          | SURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2025/06/12    | \$       0   |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | \$   798.000 |

## V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

## VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



*DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO*

*PS\_1146\_2025\_0F11BC-2025-06-16 15:38:13*

**DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO**

**CC: 1047484461**

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



*GUILLERMO RUBIO GUIZA*

*PS\_1146\_2025\_0F11BC-2025-06-17 14:54:18*

**GUILLERMO RUBIO GUIZA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |                   |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-------------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD          |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS         | UPC |
|                      | PERIODO SALUD                    |               |                          |                 | PERIODO PENSIONES | 1   |
| TOTAL A PAGAR        |                                  |               |                          |                 |                   |     |
| 2025-05              | 2025-05                          | I             | 12/06/2025               | 87373465        | \$798.000         |     |

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |           |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 350.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 350.000       | 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 |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 448.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 448.000       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

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

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 350.000                             | 350.000       |
| Pensión                | 1                              | 448.000                             | 448.000       |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 2                              | 798.000                             | 798.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1047484461        | DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO |        | carrera 15 calle 47 # 50 | 3104128230         | danielmarrugo123@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      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-05              | 2025-05                           | I             | 12/06/2025               | 87373465        | \$798.000     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| 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 exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | 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   | 1047484461            | MARRUGO MERCADO DANIEL ENRIQUE | 3         | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     | 231001   | 2.800.000 | 448.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | EPS037  | 2.800.000              | 350.000      |         | 0               |            | 0          |         | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA