

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                |                        | 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         |             |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | Karen Dayana Chinome Rodriguez |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                            | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 1015470023                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | karendchinomer@gmail.com       |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3112517367                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | ESPACIO PUBLICO PIC FONTIBON   |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K30           | 100                       |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCOLOMBIA S.A   |                           |                                |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 91226569974                    |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2029                      |                                |                        | VIGENCIA                         |             | 2023                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1348              | FECHA                     | 2023-06-07<br>07:57:07.000     |                        | NÚMERO DE CRP                    | 28269       | FECHA                                                                               | 2023-06-10<br>13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | DESDE                     | FECHA INICIAL                  |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           | 2023-03-01                     |                        |                                  | 2023-03-26  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                |                        | \$3,238,312                      |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                       |                                | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                |                        | \$6,974,826                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                |                        | \$6,974,826                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                |                        | \$3,238,312                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                |                        | 100%                             |             |                                                                                     |                            |
| El interventor 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                                                                       |                            |
| 7869993605                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,494,606       | \$186,826                 |                                | \$239,137              | 3                                | \$36,409    | \$462,371                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los veintiseis(26) días del mes de Marzo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                            |                   |                           |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ<br>52279556<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 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| Actualización de diagnóstico y necesidades en salud de las mujeres a nivel local                                                                                     |             |           |
| Articulación con actores locales, grupos, colectivos de mujeres y lideresas                                                                                          |             |           |
| Articulación y coordinación con las referentes locales de la política de Mujer y Género                                                                              |             |           |
| Informe mensual de gestión                                                                                                                                           |             |           |
| Participación en las asistencias técnicas y/o reuniones de seguimiento                                                                                               |             |           |
| Participación en las jornadas de fortalecimiento de capacidades                                                                                                      |             |           |
| Recorrido en calle                                                                                                                                                   |             |           |
| Educación y comunicación para la salud                                                                                                                               |             |           |
| Asesorías psicosociales                                                                                                                                              |             |           |
| Fortalecimiento y/o construcción de redes sociales o comunitarias                                                                                                    |             |           |
| Canalizaciones sectoriales e intersectoriales, Socializar la línea Púrpura Distrital, la línea 106, la línea psicoactiva, la línea Salud para todos y la línea Calma |             |           |

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ  
52279556  
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

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                |                        | 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         |             |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | Karen Dayana Chinome Rodriguez |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                            | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 1015470023                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | karendchinomer@gmail.com       |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3112517367                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | ESPACIO PUBLICO PIC FONTIBON   |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K30           | 100                       |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCOLOMBIA S.A   |                           |                                |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 91226569974                    |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2029                      |                                |                        | VIGENCIA                         |             | 2023                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1348              | FECHA                     | 2023-06-07<br>07:57:07.000     |                        | NÚMERO DE CRP                    | 28269       | FECHA                                                                               | 2023-06-10<br>13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | DESDE                     | FECHA INICIAL                  |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           | 2023-03-01                     |                        |                                  | 2023-03-13  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                |                        | \$807,208                        |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                       |                                | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                |                        | \$16,839,223                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                |                        | \$7,782,034                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                |                        | \$807,208                        |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                |                        | \$9,057,189                      |             |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                |                        | 46%                              |             |                                                                                     |                            |
| El interventor 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                                                                       |                            |
| 7869993605                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,295,325       | \$161,916                 |                                | \$207,252              | 3                                | \$31,554    | \$400,722                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los trece(13) días del mes de Marzo de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                                 |                   |                           |                                |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ<br>52279556<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 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| Actualización de diagnóstico y necesidades en salud de las mujeres a nivel local                                                                                     |             |           |
| Articulación con actores locales, grupos, colectivos de mujeres y lideresas                                                                                          |             |           |
| Articulación y coordinación con las referentes locales de la política de Mujer y Género                                                                              |             |           |
| Informe mensual de gestión                                                                                                                                           |             |           |
| Participación en las asistencias técnicas y/o reuniones de seguimiento                                                                                               |             |           |
| Participación en las jornadas de fortalecimiento de capacidades                                                                                                      |             |           |
| Recorrido en calle                                                                                                                                                   |             |           |
| Educación y comunicación para la salud                                                                                                                               |             |           |
| Asesorías psicosociales                                                                                                                                              |             |           |
| Fortalecimiento y/o construcción de redes sociales o comunitarias                                                                                                    |             |           |
| Canalizaciones sectoriales e intersectoriales, Socializar la línea Púrpura Distrital, la línea 106, la línea psicoactiva, la línea Salud para todos y la línea Calma |             |           |

MARIA CRISTINA TRIVIÑO DIAZ  
52279556  
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 No. 03/2023**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**KAREN DAYANA CHINOME RODRIGUEZ**

**C.C 1.015.470.023 DE BOGOTÁ**

La suma de \$ 3.238.312 (TRES MILLONES DOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRECIENTOS DOCE PESOS) por concepto de: servicios profesionales en Psicología - profesional universitario 2; durante el periodo del 1 al 26 de marzo de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2029-2023.



**KAREN DAYANA CHINOME RODRIGUEZ**

**C.C. 1.015.470.023 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NÚMERO 91226569974**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 03/2023**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**KAREN DAYANA CHINOME RODRIGUEZ**

**C.C 1.015.470.023 DE BOGOTÁ**

La suma de \$ 807.208 (OCHOCIENTOS SIETE MIL DOCIENTOS OCHO PESOS ) por concepto de: servicios profesionales en Psicología - profesional universitario 2; durante el periodo del 1 al 13 de marzo de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2029-2023.



**KAREN DAYANA CHINOME RODRIGUEZ**

**C.C. 1.015.470.023 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NÚMERO 91226569974**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA           | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1015470023          |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | KAREN DAYANA CHINOME RODRIGUEZ |                                               |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL        | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL       |
| DIRECCIÓN:                                                                | CL 132 A #89 51                | TELÉFONO: 3023932                             |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE               | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE              |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                        | ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                          |                                               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                             |                                               |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                                    |
|--------------------------------|--------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7869993605   | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: febrero | PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero    |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2023    | SALUD: AÑO: 2023                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 7            |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2023/03/14   | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1968102608    |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                  |            |            |
|-----------------------|--------|------------------|------------|------------|
|                       |        |                  | TOTALES    |            |
|                       |        |                  | COTIZANTES | TOTAL      |
| PENSIÓN               |        |                  |            |            |
| ADMINISTRADORA        |        |                  |            |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE           |            |            |
| 800224808             | 230301 | 230301-PORVENIR  | 1          | \$ 241.300 |
| SUBTOTAL:             |        |                  | 1          | \$ 241.300 |
| SALUD                 |        |                  |            |            |
| ADMINISTRADORA        |        |                  |            |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE           |            |            |
| 860066942             | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1          | \$ 188.500 |
| SUBTOTAL:             |        |                  | 1          | \$ 188.500 |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                  |            |            |
| ADMINISTRADORA        |        |                  |            |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE           |            |            |
| 890903790             | 14-11  | 14-11 - ARL SURA | 1          | \$ 15.900  |
| SUBTOTAL:             |        |                  | 1          | \$ 15.900  |

|               |            |
|---------------|------------|
| TOTAL PAGADO: | \$ 445.700 |
|---------------|------------|

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA           | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1015470023          |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | KAREN DAYANA CHINOME RODRIGUEZ |                                               |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL        | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL       |
| DIRECCIÓN:                                                                | CL 132 A #89 51                | TELÉFONO: 3023932                             |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE               | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE              |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                        | ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                          |                                               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                             |                                               |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                                    |
|--------------------------------|--------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7869993605   | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: febrero | PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero    |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2023    | SALUD: AÑO: 2023                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 7            |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2023/03/14   | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1968102608    |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                  |            |            |
|-----------------------|--------|------------------|------------|------------|
|                       |        |                  | TOTALES    |            |
|                       |        |                  | COTIZANTES | TOTAL      |
| PENSIÓN               |        |                  |            |            |
| ADMINISTRADORA        |        |                  |            |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE           |            |            |
| 800224808             | 230301 | 230301-PORVENIR  | 1          | \$ 241.300 |
| SUBTOTAL:             |        |                  | 1          | \$ 241.300 |
| SALUD                 |        |                  |            |            |
| ADMINISTRADORA        |        |                  |            |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE           |            |            |
| 860066942             | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1          | \$ 188.500 |
| SUBTOTAL:             |        |                  | 1          | \$ 188.500 |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                  |            |            |
| ADMINISTRADORA        |        |                  |            |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE           |            |            |
| 890903790             | 14-11  | 14-11 - ARL SURA | 1          | \$ 15.900  |
| SUBTOTAL:             |        |                  | 1          | \$ 15.900  |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 445.700</b> |
|----------------------|-------------------|