

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                     |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|-----------------|---------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                     | Versión                |                 | 3             |            |  |                         |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                      |                          |                                                     | Fecha de aprobación    |                 | 2/15/2018     |            |                                                                                     |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                     | Código:                |                 | 04-02-FO-0002 |            |                                                                                     |                         |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |                          |                                                     |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |                          | GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA                         |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |                          | C.C                                                 | X                      | C.E             | No.           |            | 1110488511                                                                          |                         |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      |                          | ginitasaavedra29d@gmail.com                         |                        |                 | CELULAR:      |            | 3132550105                                                                          |                         |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |                          |                                                     |                        |                 | SUBRED        |            |                                                                                     |                         |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |                          | PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                        |                 | SEDE:         |            | SUBRED                                                                              |                         |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo      | %                        |                                                     |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | FO09K26              | 100                      |                                                     |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                                     |                        | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO     |                                                                                     |                         |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      |                          | 550488425730543                                     |                        |                 |               | PENSIONADO |                                                                                     | NO                      |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                      |                          |                                                     |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      | 3119                     |                                                     |                        | VIGENCIA        |               |            | 2023                                                                                |                         |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 289                  | FECHA                    | 2024-01-17 10:55:11.000                             |                        | NÚMERO DE CRP   |               | 10544      | FECHA                                                                               | 2024-01-17 11:59:00.000 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                     |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | DESDE                    |                                                     | FECHA INICIAL          |                 | HASTA         |            | FECHA FINAL                                                                         |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                     | 2024-01-01             |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |                          |                                                     | \$2,460,374            |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |                          |                                                     |                        |                 | \$29,306,043  |            |                                                                                     |                         |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                     |                        |                 | \$29,230,271  |            |                                                                                     |                         |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      |                          |                                                     |                        |                 | \$2,460,374   |            |                                                                                     |                         |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                     |                        |                 | \$0           |            |                                                                                     |                         |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |                          |                                                     |                        |                 | \$75,772      |            |                                                                                     |                         |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |                          |                                                     |                        |                 | 100%          |            |                                                                                     |                         |  |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |  |                      |                          |                                                     |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |  |                      |                          |                                                     |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           |  | IBC DE COTIZACION    | APORTE A SALUD 12.5% IBC |                                                     | APORTE PENSION 16% IBC |                 | NIVEL ARL     | APORTE ARL | TOTAL APORTES                                                                       |                         |  |
| 73687281                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$984,150            | \$123,019                |                                                     | \$157,464              |                 | 3             | \$23,974   | \$304,457                                                                           |                         |  |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |  |                      |                          |                                                     |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| CHRISTIAN ACERO<br>1032393003<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                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA ; ACTUALIZACION DE BASES, RESPUESTA DE CORREOS ELECTRONICOS A IPS, SEGUIMIENTOS TELEFONICOS A PACIENTES A DEMANDA , UBICACION DE PACIENTES EN DRIVE A DEMANDA DEL PROGRAMA POR RESIDENCIA , GEOREFERENCIACIONES DE PACIENTES A DEMANDA . | "CORREOS ELECTRONICO ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA" |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente                                                                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA ; ACTUALIZACION DE BASES, RESPUESTA DE CORREOS ELECTRONICOS A IPS, SEGUIMIENTOS TELEFONICOS A PACIENTES A DEMANDA , UBICACION DE PACIENTES EN DRIVE A DEMANDA DEL PROGRAMA POR RESIDENCIA , GEOREFERENCIACIONES DE PACIENTES A DEMANDA . | "CORREOS ELECTRONICO ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA" |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado.                                                                                                                                                         | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA EN EL MES                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA EN EL MES                   |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas en las diferentes acciones realizadas, para articular el PIC y POS                                                                                                                                                                                                                            | SEGUIMIENTO A PACIENTES A DEMANDA                                                                                                                                                                                                                                                 | BASES DE DATOS (SEGUIMIENTO TELEFONICO)             |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                | PREADUTORIA REALIZADA CON LIDER DE PROGRAMA TRANSMSIBLES ULTIMO DIA LABORAL DEL MES                                                                                                                                                                                               | ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA                       |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA EN EL MES                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA EN EL MES                   |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA EN EL MES                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA EN EL MES                   |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ENVIO DE INFORMES MENSUAL A LA LIDER DEL PROGRAMA EL 2023                                                                                                                                                                                                                         | CORREO ELECTRONICO                                  |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PREADUTORIA REALIZADA CON LIDER DE PROGRAMA TRANSMSIBLES ULTIMO DIA LABORAL DEL MES                                                                                                                                                                                               | ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA                       |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado.                                                                                                                                                                                                                                                              | PREADUTORIA REALIZADA CON LIDER DE PROGRAMA TRANSMSIBLES ULTIMO DIA LABORAL DEL MES                                                                                                                                                                                               | ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA                       |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)                                                                                                              | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA EN EL MES                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA EN EL MES                   |
| Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes                                                                                                                                                                                                                    | ENVIO DE CANALIZACION DE GESTANTE SIN CONTROLES MEDICOS A SU IPS.                                                                                                                                                                                                                 | CORREO ELECTRONICO                                  |
| Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                                             | SEGUIMIENTO A PACIENTES A DEMANDA                                                                                                                                                                                                                                                 | BASES DE DATOS (SEGUIMIENTO TELEFONICO)             |
| Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes                                                                                                                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA ; ACTUALIZACION DE BASES, RESPUESTA DE CORREOS ELECTRONICOS A IPS, SEGUIMIENTOS TELEFONICOS A PACIENTES A DEMANDA , UBICACION DE PACIENTES EN DRIVE A DEMANDA DEL PROGRAMA POR RESIDENCIA , GEOREFERENCIACIONES DE PACIENTES A DEMANDA . | "CORREOS ELECTRONICO ACTAS "                        |
| Fortalecer la captación de sintomáticos respiratorios, realizar actividades de información y comunicación a la comunidad en medidas protectoras y de prevención en enfermedades transmisibles                                                                                                                                                                                              | SEGUIMIENTOS TELEFONICOS A PACIENTES A DEMANDA , UBICACION DE PACIENTES EN DRIVE A DEMANDA DEL PROGRAMA POR RESIDENCIA                                                                                                                                                            | "CORREOS ELECTRONICO ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA" |

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                               |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Realizar seguimiento integral de casos en la gestión de medicamentos e insumos para el tratamiento a pacientes con enfermedades transmisibles de interés para la salud pública como la Tuberculosis, Hansen y ETV.. | SOLICITUD DE MEDICAMENTOS A NICEL CENTRAL , EL DIA 10 DE CADA MES A NIVEL SUBRED, Y A DEMANADA POR LOCALIDAD. | CORREO ELECTRONICO |
| <p>CHRISTIAN ACERO<br/>1032393003<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                |                                                                                                               |                    |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>                                                                                         |                                                                                                               |                    |
| <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                        |                                                                                                               |                    |

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 1/2024

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA

CC 1.110.488.511 DE IBAGUE

La suma de **\$ 2.460.374** *DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MCTE*, por concepto de servicios AUXILIAR DE EFEMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 1 al 31 de ENERO de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3119 /2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gina Paola Saavedra', written over a horizontal line.

GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA

CC 1.110.488.511 de IBAGUE

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 0550488425730543

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                             |        |                        |                    |                            |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------|------------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                                  | 1110488511        | GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA |        | CRA 80 G BIS 43-58 SUR | 4200778            | GINITASAAVEDRA29@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 |                   |                             |        |                        |                    | SI                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2023-12              | 2023-12                           | I             | 03/01/2024               | 73687281        | \$382.100        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |                  |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 145.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 145.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 185.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 185.600       | 1             |

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

| TOTALES CAJAS |             |  |  |  |             |              |           |
|---------------|-------------|--|--|--|-------------|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre      |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora |
| CCF22         | Colsubsidio |  |  |  | 860007336-1 | 23.200       | 0         |
|               |             |  |  |  |             | 0            |           |
|               |             |  |  |  |             | 0            |           |
|               |             |  |  |  |             | 23.200       |           |
|               |             |  |  |  |             |              | 1         |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 145.000                             | 145.000       |
| Pensión                | 1                              | 185.600                             | 185.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 28.300                              | 28.300        |
| CCF                    | 1                              | 23.200                              | 23.200        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 382.100                             | 382.100       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                        |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1110488511        | GINA PAOLA SAAVEDRA GONGORA |        | CRA 80 G BIS 43-58 SUR | 4200778            | GINITASAAVEDRA29@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 |
|                     |                   |                             |        |                        |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2023-12              | 2023-12                           | I             | 03/01/2024               | 73687281        | \$382.100     |
|                      |                                   |               |                          |                 | 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 exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | 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   | 1110488511            | SAAVEDRA GONGORA GINA PAOLA | 59        | 0       |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     | 230301   | 1.160.000 | 185.600    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017   | 1.160.000 | 145.000                | 14-11    | 1.160.000 | 3               | 28.300     | CCF22      | 1.160.000 | 23.200     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA