

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                                     |                     |                                                          |               |            |                                                                                                                         |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------|-----------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------|---------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <br>Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E.                                                                                    |                   |                          |       |                                                     | Versión             |                                                          | 3             |            | <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C. |    |
| <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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       | CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA                        |                     |                                                          |               |            |                                                                                                                         |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |       | C.C                                                 | X                   | C.E                                                      | No.           |            | 1033681126                                                                                                              |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |       | charly-0486@hotmail.com                             |                     |                                                          | CELULAR:      |            | 3115504074                                                                                                              |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |       |                                                     |                     | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |               |            |                                                                                                                         |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       | PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                                                          | SEDE:         |            | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE                                                                |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Centro de costo          | %     |                                                     |                     |                                                          |               |            |                                                                                                                         |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | FO09K26                  | 100   |                                                     |                     |                                                          |               |            |                                                                                                                         |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |       |                                                     |                     | TIPO DE CUENTA:                                          |               | AHORRO     |                                                                                                                         |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |       | 570477370039430                                     |                     |                                                          |               | PENSIONADO |                                                                                                                         | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |       |                                                     |                     |                                                          |               |            |                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1867                     |       |                                                     |                     | VIGENCIA                                                 |               | 2024       |                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 684                      | FECHA | 2024-02-28 00:00:00.000                             | NÚMERO DE CRP       |                                                          | 20330         | FECHA      | 2024-03-06 00:00:00.000                                                                                                 |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |       |                                                     |                     |                                                          |               |            |                                                                                                                         |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE | FECHA INICIAL                                       |                     | HASTA                                                    | FECHA FINAL   |            |                                                                                                                         |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       | 2024-02-01                                          |                     |                                                          |               |            |                                                                                                                         |    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       |                                                     |                     | \$2,952,449                                              |               |            |                                                                                                                         |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                                     |                     | \$2,460,374                                              |               |            |                                                                                                                         |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |       |                                                     |                     | \$2,460,374                                              |               |            |                                                                                                                         |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                                     |                     | \$0                                                      |               |            |                                                                                                                         |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |       |                                                     |                     | \$492,075                                                |               |            |                                                                                                                         |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       |                                                     |                     | 83%                                                      |               |            |                                                                                                                         |    |
| 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 |            |                                                                                                                         |    |
| 74198239                                                                                                                                                                                                                                                     | \$984,150         | \$123,019                |       | \$157,464                                           | 3                   | \$23,974                                                 | \$304,457     |            |                                                                                                                         |    |
| Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |                   |                          |       |                                                     |                     |                                                          |               |            |                                                                                                                         |    |
| ISLENA TORRES ACOSTA<br>51840427<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                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Cumplir con las actividades diarias establecidos por los lineamientos cumpliendo con calidad y oportunidad                                        | Cumplir con las actividades diarias establecidos por los lineamientos cumpliendo con calidad y oportunidad                                        |
| 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-ESE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | cumplir con las metas establecidas                                                                                                                | cumplir con las metas establecidas                                                                                                                |
| Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | realizar seguimiento a los menores los cuales se encuentran atrasados en los esquemas de vacunacion                                               | realizar seguimiento a los menores los cuales se encuentran atrasados en los esquemas de vacunacion                                               |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | realizar demanda inducida a la diferente poblacion                                                                                                | realizar demanda inducida a la diferente poblacion                                                                                                |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | notificar a todos los menor que se encuentra atrasados en el esquema de vacunacion                                                                | notificar a todos los menor que se encuentra atrasados en el esquema de vacunacion                                                                |
| Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Colocar en seguimiento a los menores de 5 años, gestantes, adolescentes y demas poblacion que se encuentren atrasados en el esquema de vacunacion | Colocar en seguimiento a los menores de 5 años, gestantes, adolescentes y demas poblacion que se encuentren atrasados en el esquema de vacunacion |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | dar educacion a los familiares sobre los efectos secundarios ante las vacunas                                                                     | dar educacion a los familiares sobre los efectos secundarios ante las vacunas                                                                     |
| Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se realiza seguimiento a las madres gestantes y menores de cinco años que se encuentren con esquemas de vacunacion atrasados                      | Se realiza seguimiento a las madres gestantes y menores de cinco años que se encuentren con esquemas de vacunacion atrasados                      |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Entrega de los soportes como SIS, Kardex con calidad y oportunidad al inicio y final de la jornada                                                | Entrega de los soportes como SIS, Kardex con calidad y oportunidad al inicio y final de la jornada                                                |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | se realizan ajusten a los soportes entregados cuando es requerido para las pre auditorias y auditorias realizadas por la SDS                      | se realizan ajusten a los soportes entregados cuando es requerido para las pre auditorias y auditorias realizadas por la SDS                      |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se realiza entrega de informes requeridos                                                                                                         | Se realiza entrega de informes requeridos                                                                                                         |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | se alista soporte para proximas auditorias los cuales quedan con calidad y oportunidad                                                            | se alista soporte para proximas auditorias los cuales quedan con calidad y oportunidad                                                            |
| 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).                                                                                                                                                                                                                                                                      | NA                                                                                                                                                | NA                                                                                                                                                |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud publica                                                                                                                                                                                                                                          | se realiza asistencia a todas las jornadas de vacunacion a las que fui programado para el mes                                                     | se realiza asistencia a todas las jornadas de vacunacion a las que fui programado para el mes                                                     |
| Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se realiza desplazamiento para asistir a la capacitacion por parte de PAI                                                                         | Se realiza desplazamiento para asistir a la capacitacion por parte de PAI                                                                         |
| Formato lista de chequeo diaria de supervisión de vehículos de transporte de biológicos, dispositivos médicos e insumos, de acuerdo a ruta programada. Consolidado programación de entrega de biológicos, dispositivos médicos e insumos por vehículo y ruta diaria de 30 días o de acuerdo a necesidad                                                                                                                                                                                                                                             | se realiza la firma de los soportes de desplazamientos a los distitos sitios dentro de las localidades de la subred Suroccidente                  | se realiza la firma de los soportes de desplazamientos a los distitos sitios dentro de las localidades de la subred Suroccidente                  |
| Formato control de la temperatura ambiental y humedad con registro dos veces al día.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NA                                                                                                                                                | NA                                                                                                                                                |
| formato de novedades diario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se realiza el diligenciamiento de todos los formatos para las actividades diarias                                                                 | Se realiza el diligenciamiento de todos los formatos para las actividades diarias                                                                 |
| Documento plan de contingencia y póliza vigente con cubrimiento del total de biológicos, dispositivos médicos e insumos del programa a transportar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NA                                                                                                                                                | NA                                                                                                                                                |

ISLENA TORRES ACOSTA  
51840427  
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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 02/2024

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

NIT: 900.959.048-4

CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA

CC 1033681126 DE BOGOTA

La suma de \$ 2.460.374 DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE., por concepto de servicios Técnico Auxiliar de enfermería Técnico 1 durante el periodo de 1 al 29 DE FEBRERO 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N 1867-2024



- CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA  
CC 1033681126 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 477-3700394-30

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-02              | 2024-02                          | I             | 13/03/2024               | 74976725        | \$404.400     |     |

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 6         | 900                   | 0              | 163.400       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 6         | 1.100                 | 0              | 209.100       | 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 | 31.700                 |                  |       |                        | 31.700                | 6         | 200                   | 31.900              |                            |                     | 317               | 31.900        | 1             |

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

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 162.500                             | 163.400       |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 209.100       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.900        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 402.200                             | 404.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1033681126        | CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA |        | KR 55 NO 50 A 26 SUR | 3112312135         | CHARLY-0486@HOTMAIL.COM             |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                              |        |                      |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                              |        |                      |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1             |
|                      |                                   |               |                          |                 | 0             |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2024-02              | 2024-02                           | I             | 13/03/2024               | 74976725        | \$404.400     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |           |         |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    |       |    |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |           |         |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |    |    |    |    | SALUD |    |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE     | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | MA | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1033681126            | GUEVARA GARCIA CARLOS ANDRES | 59        | 0       | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    |       |    | 25-14    | 1.300.000         | 208.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008       | 1.300.000 | 162.500                | 14-11    | 1.300.000 | 3               | 31.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA