

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO Y PRÁCTICA DEL DEPORTE LA RECREACIÓN Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE, INDER-GUARNE

Nit. 811.007.013-1  
Dirección: Carrera 53 # 46A-368  
Municipio de Guarne - Antioquia  
Telefono: (604) 424 6220  
Email: [inder@guarne-antioquia.gov.co](mailto:inder@guarne-antioquia.gov.co)

| DOCUMENTO EQUIVALENTE |   |
|-----------------------|---|
| N°                    | 4 |

|                           |                                                                  |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nombre del Contratista:   | Jessica Michell Castrillón Gómez                                 |
| Número de Cédula          | 1036953542                                                       |
| Dirección:                | Cra 51 # 47-41                                                   |
| Ciudad/Municipio:         | Guarne                                                           |
| Número de Teléfono:       | 3205505367                                                       |
| Email:                    | <a href="mailto:michellcg05@gmail.com">michellcg05@gmail.com</a> |
| Fecha:                    | 18 de diciembre del 2024                                         |
| Acta de Pago:             | 4                                                                |
| Información Bancaria      | Banco Bancolombia                                                |
|                           | Tipo de Cuenta Ahorros                                           |
|                           | Número 16100000178                                               |
| Valor Total del Contrato: | \$ 10.200.000                                                    |

| Número y Objeto Contractual                                                                                                                                                                                                                                            | Cantidad | Valor Unitario  | Valor Total     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----------------|
| CPS-322-2024 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LEHABILITACIÓN Y ATENCIÓN DE DEPORTISTAS Y DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO, EN EL PROGRAMA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE MEDICINA DEPORTIVA DEL INDER GUARNE<br>PERIODO: DESDE EL 1 AL 18 DE DICIEMBRE DEL 2024 | 1        | \$ 2.040.000,00 | \$ 2.040.000,00 |
| <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |          | \$              | 2.040.000,00    |
| ReteFuente Honorarios 10%                                                                                                                                                                                                                                              |          | \$              | -               |
| Estampilla Procultura                                                                                                                                                                                                                                                  |          | \$              | 20.400,00       |
| Estampilla Prohospital                                                                                                                                                                                                                                                 |          | \$              | 81.600,00       |
| Estampilla Probienestar Adulto Mayor                                                                                                                                                                                                                                   |          | \$              | 1.938.000,00    |
| <b>Valor Neto a Pagar</b>                                                                                                                                                                                                                                              |          | \$              |                 |

Este Documento solo aplica para personas que no estan obligadas a facturar

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que **NO** solicitaré costos y/o deducciones asociadas a esta renta de trabajo en mi declaracion de renta del año gravable 2024.  
En consecuencia, pueden aplicar el beneficio del 25% de renta exenta para disminuir mi base de retención y la tarifa contenida en el art. 383 ET de conformidad con el art. 9° D.R. 2231/2023.

*Michell Castrillon G*

Jessica Michell Castrillón Gómez

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                  |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA             | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1036953542          |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | JESSICA MICHELL CASTRILLON GOMEZ |                                               |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | GUARNE DEPARTAMENTO:             | ANTIOQUIA                                     |
| DIRECCIÓN:                                                                | CARRERA 51 NO 47-41              | TELÉFONO: 3205505                             |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                 | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE              |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                          | ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                            |                                               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                  | NO                                            |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                |                                    |
|--------------------------------|----------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7949477368     | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: noviembre | PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre  |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2024      | SALUD: AÑO: 2024                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 6              |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024/12/16     | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1130004966    |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                        |  |  |            |              |
|-----------------------|--------|----------------------------------------|--|--|------------|--------------|
|                       |        |                                        |  |  | TOTALES    |              |
|                       |        |                                        |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                        |  |  |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA                         |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |  |  |            |              |
| 800224808             | 230301 | 230301-PORVENIR                        |  |  | 1          | \$ 218.500   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        |  |  | 1          | \$ 218.500   |
|                       |        |                                        |  |  |            |              |
| SALUD                 |        |                                        |  |  |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA                         |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |  |  |            |              |
| 800088702             | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD |  |  | 1          | \$ 170.700   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        |  |  | 1          | \$ 170.700   |
|                       |        |                                        |  |  |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                        |  |  |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA                         |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |  |  |            |              |
| 890903790             | 14-11  | 14-11 - ARL SURA                       |  |  | 1          | \$ 7.200     |
| SUBTOTAL:             |        |                                        |  |  | 1          | \$ 7.200     |
|                       |        |                                        |  |  |            |              |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 394.700 |
| VALOR MORA:     | \$ 1.700   |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 396.400 |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |  |  |  |                      |  |  |  |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  |  |  |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA |  |  |  |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:                         |  |  |  |  | 1036953542                       |  |  |  |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |  |  |  | GUARNE               |  |  |  |  | DEPARTAMENTO:                                     |  |  |  |  | JESSICA MICHELL CASTRILLON GOMEZ |  |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  |  |  |  | 02-INDEPENDIENTE     |  |  |  |  | ANTIOQUIA                                         |  |  |  |  | NÚMERO PLANILLA:                 |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  |  |  |  | CARRERA 51 NO 47-41  |  |  |  |  | TELÉFONO:                                         |  |  |  |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS         |  |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  |  |  |  | 02-INDEPENDIENTE     |  |  |  |  | CLASE APORTANTE:                                  |  |  |  |  | MES                              |  |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  |  |  |  | PRIVADA              |  |  |  |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  |  |  |  | noviembre AÑO                    |  |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  |  |  |  | ÚNICO                |  |  |  |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:                              |  |  |  |  | 2024                             |  |  |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |  |  |  | NO                   |  |  |  |  | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |  |  |  |  | 2024/12/16                       |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | NÚMERO PLANILLA:                 |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | 7949477368                       |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS         |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | MES                              |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | noviembre AÑO                    |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | 2024                             |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | DÍAS DE MORA:                    |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | 6                                |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | 2024/12/16                       |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:             |  |  |  |  |
|                                                                           |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  | 1130004966                       |  |  |  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |        |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|--------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |        |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA   | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 217.600 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 900     | \$ 0 | \$ 217.600 | \$ 900 | \$ 218.500   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 217.600 | \$ 900 | \$ 218.500   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                                        |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |        |           |              |
|-----------------------|----------------------------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|--------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                                        | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |        |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE                                 |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA   | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010                | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 170.000  | \$ 0        | \$ 700     | \$ 0        | \$ 170.000 | \$ 700 | \$ 0      | \$ 170.700   |
| SUBTOTALES:           |                                        |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 170.000 | \$ 700 | \$ 0      | \$ 170.700   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                  |                |                     |       |                      |               |       |             |          |        |           |              |
|---------------------------------------|------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|----------|--------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES  |        |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES  | MORA   | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 7.100    | \$ 7.100 | \$ 100 | \$ 0      | \$ 7.200     |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 7.100 | \$ 100 | \$ 0      | \$ 7.200     |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                                  |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |          |     |            |       |                     |                           |              |       |          |              |            |             |              |          |     |       |          |      |                   |              |        |              |              |              |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|-------------------------------|----------------|----------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|----------|-----|------------|-------|---------------------|---------------------------|--------------|-------|----------|--------------|------------|-------------|--------------|----------|-----|-------|----------|------|-------------------|--------------|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                                  |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |          |     |            |       |                     |                           |              |       |          | PARAFISCALES |            |             |              |          |     |       |          |      |                   |              |        |              |              |              |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                          | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES        |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |       |          |     |            | SALUD |                     |                           |              |       |          | ARP          |            |             |              | DÍAS COT | IBC | CCF   |          | SENA | ICBF              | ESAP         | MINEDU |              |              |              |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                               |                |                                  |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | ING              | RET | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE     | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP   | APORTES VOLUNTARIOS | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC          | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |          |     | ADMIN | DÍAS COT | IBC  | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | ADMIN  | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| 1                             | CC 1036953542  | CASTRILLON GOMEZ JESSICA MICHELL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.360.000   |                 |            |            | NO                 |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |       |          |     |            |       |                     |                           |              |       |          |              |            |             |              |          |     |       |          |      |                   |              |        |              |              |              |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | </ |

TOTAL \$ 396.400

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                  |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA             | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1036953542          |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | JESSICA MICHELL CASTRILLON GOMEZ |                                               |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | GUARNE DEPARTAMENTO:             | ANTIOQUIA                                     |
| DIRECCIÓN:                                                                | CARRERA 51 NO 47-41              | TELÉFONO: 3205505                             |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                 | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE              |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                          | ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                            |                                               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                  | NO                                            |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                |                                    |
|--------------------------------|----------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 1110928567     | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: diciembre | PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre  |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2024      | SALUD: AÑO: 2024                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0              |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024/12/17     | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1714155200    |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                        |            |              |
|-----------------------|--------|----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                        | TOTALES    |              |
|                       |        |                                        | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 800224808             | 230301 | 230301-PORVENIR                        | 1          | \$ 217.600   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 1          | \$ 217.600   |
|                       |        |                                        |            |              |
| SALUD                 |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 800088702             | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1          | \$ 170.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 1          | \$ 170.000   |
|                       |        |                                        |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                        |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                        |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |              |
| 890903790             | 14-11  | 14-11 - ARL SURA                       | 1          | \$ 7.100     |
| SUBTOTAL:             |        |                                        | 1          | \$ 7.100     |
|                       |        |                                        |            |              |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 394.700 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 394.700 |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |  |  |  |                      |  |  |  |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  |  |  |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA |  |  |  |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:                         |  |  |  |  | 1036953542                       |  |  |  |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |  |  |  | GUARNE               |  |  |  |  | DEPARTAMENTO:                                     |  |  |  |  | JESSICA MICHELL CASTRILLON GOMEZ |  |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  |  |  |  | 02-INDEPENDIENTE     |  |  |  |  | CLASE APORTANTE:                                  |  |  |  |  | ANTIOQUIA                        |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  |  |  |  | CARRERA 51 NO 47-41  |  |  |  |  | TELÉFONO:                                         |  |  |  |  | 3205505                          |  |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  |  |  |  | PRIVADA              |  |  |  |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:                              |  |  |  |  | I-INDEPENDIENTE                  |  |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  |  |  |  | ÚNICO                |  |  |  |  | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |  |  |  |                      |  |  |  |  | NO                                                |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 217.600 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 217.600 | \$ 0 | \$ 217.600   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 217.600 | \$ 0 | \$ 217.600   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                                        |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |            |           |              |            |  |
|-----------------------|----------------------------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|-----------|--------------|------------|--|
| ADMINISTRADORA        |                                        | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |            |           |              |            |  |
| CÓDIGO                | NOMBRE                                 |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA       | DESCUENTO | VALOR PAGADO |            |  |
| EPS010                | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 170.000  |             | \$ 0       | \$ 0        | \$ 0       | \$ 170.000 | \$ 0      | \$ 0         | \$ 170.000 |  |
| SUBTOTALES:           |                                        |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 170.000 | \$ 0       | \$ 0      | \$ 170.000   |            |  |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                  |                |                     |       |                      |               |       |             |          |      |           |              |
|---------------------------------------|------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES  |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES  | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 7.100    | \$ 7.100 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 7.100     |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 7.100 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 7.100     |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                                  |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |                 |          |              |            |      |                     |                           |              |        |            |                                  |            |              |              |       |            |                  |          |              |              |          |      |        |                   |              |       |              |              |              |
|-------------------------------|----------------|----------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----------------|----------|--------------|------------|------|---------------------|---------------------------|--------------|--------|------------|----------------------------------|------------|--------------|--------------|-------|------------|------------------|----------|--------------|--------------|----------|------|--------|-------------------|--------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                                  |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |                 |          |              |            |      |                     |                           |              |        |            |                                  |            |              | PARAFISCALES |       |            |                  |          |              |              |          |      |        |                   |              |       |              |              |              |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                          | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC              | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN         |          |              |            |      | SALUD               |                           |              |        |            | ARP                              |            |              |              |       | DÍAS COT   | IBC              | CCF      |              | SENA         | ICBF     | ESAP | MINEDU |                   |              |       |              |              |              |
|                               |                |                                  |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     | ADMIN           | DÍAS COT | IBC          | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES VOLUNTARIOS | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN  | DÍAS COT   | IBC                              | COTIZACIÓN | VALOR ADRES  | TOTAL APORTE | ADMIN |            |                  | DÍAS COT | IBC          |              |          |      |        | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1                             | CC 1036953542  | CASTRILLON GOMEZ JESSICA MICHELL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.360.000   |                 |            |            | NO                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     | 230301-PORVENIR | 30       | \$ 1.360.000 | \$ 217.600 | \$ 0 | \$ 0                | \$ 0                      | \$ 0         | Normal | \$ 217.600 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30         | \$ 1.360.000 | \$ 170.000   | \$ 0  | \$ 170.000 | 14-11 - ARL SURA | 30       | \$ 1.360.000 | \$ 103695354 | \$ 7.100 | \$ 0 |        | \$ 0              | \$ 0         | \$ 0  | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         |

TOTAL \$ 394.700

| Datos de referencia del contrato             |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Contratista:</b>                          | Jessica Michell Castrillón Gómez                                                                     | <b>Objeto del contrato:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Prestación de servicios profesionales para la rehabilitación y atención de deportistas y del adulto mayor del municipio, en el programa de fisioterapia del centro de medicina deportiva del inder guarne. | <b>No. Del contrato:</b>                                                                                                                                                                                                                                            | CPS-322-2024             |
| <b>Periodo del informe:</b>                  | Del 1 al 18 de diciembre del 2024                                                                    | <b>Supervisor del Contrato:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Edhyn Johan Gallego Naranjo                                                                                                                                                                                | <b>No. Planilla seguridad social</b>                                                                                                                                                                                                                                | 7949477368<br>1110928567 |
| Detalle de avance en productos y actividades |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| N°                                           | Actividades contractuales.                                                                           | Descripción de actividades ejecutadas en el periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Documentos de soporte o evidencias.                                                                                                                                                                        | Observaciones                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |
| 1                                            | Informar a la comunidad acerca de la oferta de servicios de la entidad y los programas que acompaña. | Se realizó la debida difusión de la información de interés para la comunidad en general, por medio de redes sociales principalmente, con el fin de expandir la información institucional relevante relacionada con los diferentes servicios que ofrece el INDER guarne a la población, horarios, fechas y demás. Se utilizó WhatsApp, Facebook en Instagram para dicha actividad | Fotografía                                                                                                                                                                                                 | El presente mes, se compartió información acerca de las diversas actividades y eventos importantes para la comunidad, que se realizan en la institución, además de situaciones a tener en cuenta como el cierre temporal de algún escenario deportivo, entre otras. |                          |

|   |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Acompañar los eventos locales que se realicen en el municipio, relacionados con las actividades que acompaña en el marco de su objeto contractual.                                                                                     | El presente mes, no se realizó acompañamiento a eventos locales, dado que no se llevó a cabo ninguno que lo requiriera.                                                                                                                                                   | N/A                   | En el tiempo que ha transcurrido desde el acta de inicio del contrato, no ha sido solicitado ningún apoyo a eventos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3 | Acompañar los eventos regionales que se desarrollen en el departamento de Antioquia en los que participe en representación del municipio de Guarne, relacionados con las actividades que acompaña en el marco de su objeto contractual | El mes en curso, se realizó acompañamiento a juegos institucionales, a la fase final de los juegos departamentales, los cuales se llevaron a cabo en los municipios de andes y jardín, se acompañó la primera semana del evento, del 2 al 8 de diciembre                  | Fotografía / Planilla | Se acompañó desde el área de fisioterapia con primeros auxilios y manejo de lesiones agudas a los diferentes deportistas de la delegación del INDER Guarne durante el periodo mencionado, en ésta ocasión se abarcaron todos los escenarios deportivos correspondientes, se abarcaron los siguientes deportes, atletismo convencional, halterofilia, fútbol de salón masculino y femenino, tenis de campo, tiro con arco, tejo, balonmano y taekwondo. |
| 4 | Realizar registro fotográfico y control de asistencia en las sesiones que acompaña en el marco del desarrollo de su objeto.                                                                                                            | Se llevó a cabo el debido registro fotográfico y control de asistencia, por medio de planillas físicas, diligenciadas con los datos personales de cada paciente con la respectiva fecha de atención asistencial realizada, incluyendo la firma del paciente como soporte. | Fotografía / Planilla | No se presentó ningún inconveniente llevando a cabo dicha actividad, ya que por parte de los usuarios a quienes se les realiza el registro, no pusieron objeción alguna.                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|   |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                                                            |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Realizar un informe que permita hacer seguimiento de las personas vinculadas al programa que acompaña y su fidelidad al mismo                                                        | Se llevó a cabo la realización de un informe, en el cual se evidencian y se describen las diferentes actividades en las que se participó y los servicios prestados, permitiendo así, llevar un seguimiento del cumplimiento de los respectivos procesos contractuales.                                                                                                                                  | Fotografía | Se incluye en el presente informe, un recuento de todas las actividades realizadas dicho mes.                                                                              |
| 6 | Participar en el desarrollo de las jornadas pedagógicas que se programen en la entidad con la finalidad de fortalecer y mejorar los procesos metodológicos del programa que acompaña | Se realizó evaluación de desempeño y supervisión, por parte de la coordinadora a cargo, quien, de forma cuantitativa, calificaba diferentes aspectos a tener en cuenta por parte de la institución, reflejando el desempeño laboral, así mismo se iba realizando el proceso de auto evaluación y retroalimentación verbal, la anterior se realizó el 10 de diciembre en el centro de medicina deportiva | Fotografía | Se llevó a cabo la actividad sin ningún inconveniente relevante, lo anterior se realizó con total normalidad.<br>El presente mes no se realizó reunión de comité primario. |
| 7 | Diseñar y ejecutar campaña de prevención y difusión del servicio del centro de medicina deportiva en el Municipio Guarne (charlas,                                                   | El presente mes no se lleva a cabo dicha actividad, ya que no se realizó ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | N/A        | Debido a temas de logística y coordinación de fechas y horarios, no se pudo planear ninguna actividad relacionada con este ítem, en próximos                               |

|   |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | capacitaciones), de forma física y/o virtual.                                                                                                                                 | planeación que implicara la misma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        | meses se estarán llevando a cabo según lo planificado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8 | Realizar diagnósticos a la población de deportistas y del programa de adulto mayor del municipio de Guarne para identificar las necesidades de intervención de terapia física | Se realizó a cada paciente nuevo de programas de adulto mayor, deportistas, razón social y contratistas INDER, la respectiva evaluación fisioterapéutica por dominios, incluyendo dominio osteomuscular, neuromuscular y tegumentario. Además, en la primera consulta de cada paciente nuevo se lleva a cabo la lectura y firma del Consentimiento informado correspondiente | Fotografía / Planillas | El presente mes, se realizó valoraciones a los programas mencionados, en la cual se diligencia también el perfil epidemiológico, que permite caracterizar la población que ingresa al centro de medicina.<br>Cabe resaltar que el adulto mayor, es el único programa que firma planilla de valoración, dado que así lo solicita el convenio                                                                                       |
| 9 | Elaborar y socializar los manuales educativos que sirvan como guía para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor (planes de trabajo).                           | Se brinda un portafolio de ejercicios indicados para diversas patologías, con su respectiva explicación, llamados planes caseros, los cuales son entregados a los pacientes una vez finalizada su rehabilitación, o en casos donde se requiera dar continuidad a un proceso durante el plan de tratamiento.                                                                  | Fotografía             | Con el fin de brindar un apoyo para el progreso en casa y para evitar el reingreso de usuarios ya tratados, se entrega a cada uno, un plan casero con imágenes y variedad de ejercicios que se adapten de manera personalizada a cada caso en particular, al finalizar su plan de sesiones de fisioterapia.<br>En el presente mes, se les brindó a usuarios que requerían dar un apoyo desde casa a su proceso de rehabilitación. |

|    |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Llevar registros médicos y en base de datos de las personas atendidas en el marco del programa de medicina deportiva para adultos mayores y deportistas del municipio de Guarne | Para realizar el debido registro médico de atención se utilizó planillas físicas con datos personales de cada usuario, así como de manera virtual por medio de Sana Drive, una plataforma en calidad de extranet que contiene los datos e historia clínica de cada paciente, y a su vez permite realizar dichas evoluciones de control | Fotografía             | Como observación, cabe resaltar que el software que se utiliza es muy amigable y permite llevar un orden y control a las historias clínicas de los usuarios que ingresan a obtener los servicios del centro de medicina deportiva, y así mismo, asegurar un servicio óptimo e integral.                                                                                                                 |
| 11 | Velar por el adecuado uso, conservación y mantenimiento de la implementación asignada por el Instituto para la prestación del servicio                                          | Se llevó a cabo un adecuado manejo de los implementos y utensilios que facilita el Centro de Medicina Deportiva, para la prestación de un adecuado servicio a la población que asiste. Haciendo relación con lo anterior a su adecuada higiene, preservación, manejo y almacenamiento.                                                 | Fotografía             | Con el fin de la manutención de los espacios del centro de medicina, se brinda un buen manejo de los implementos que se utilizan para las terapias, así como supervisar el adecuado uso por parte del paciente. Aquí también se incluye la adecuada organización, distribución y conservación de los insumos e implementos de botiquín para acompañamiento a juegos institucionales y eventos de apoyo. |
| 12 | Atención a deportistas y adulto mayor con evaluación y ejecución de las terapias.                                                                                               | Se realizó debidamente durante el periodo anteriormente referido, la atención a los pacientes pertenecientes a programas de Adulto mayor, deportistas, contratistas INDER y razón                                                                                                                                                      | Fotografía / Planillas | Se realizaron sesiones asistenciales semi personalizadas de 50 minutos cada una, a las diferentes poblaciones mencionadas de manera presencial en las instalaciones del centro de medicina deportiva.                                                                                                                                                                                                   |

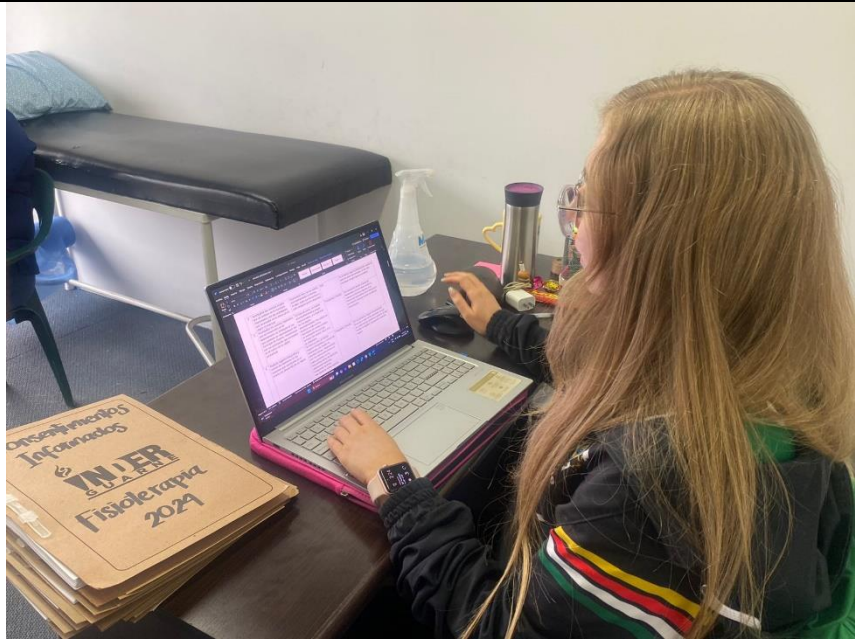
|    |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                         | social, respectivamente, tanto sesiones iniciales a pacientes nuevos, cómo sesiones de control a dichos pacientes además de los antiguos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 13 | Apoyo a las actividades que determine la Gerencia, con previa antelación, para el buen funcionamiento y fortalecimiento del Instituto en la atención a los usuarios del INDER – GUARNE. | <p>El presente mes se realizó todo el proceso relacionado con archivo y gestión documental del centro de medicina deportiva, cada uno debió descargar los archivos digitales como historias clínicas de los usuarios atendidos de la plataforma SanaDrive y así mismo colocarlos en carpetas por programas, además se realizó archivo físico de las planillas de asistencia también por programa y de los consentimientos informados, anexado al acta de puesto de trabajo.</p> <p>Se llevó a cabo rendición de cuentas por parte del INDER dirigida a la comunidad en general, en la cual se asiste de forma presencial, el día 18 de diciembre en la I.E Santo Tomás de Aquino a las 2 pm.</p> | Fotografía | <p>El proceso documental, además de ser tedioso y demandar mucho tiempo, se logró diligenciar de una manera adecuada y eficiente, gracias a la adecuada planificación y orden previo en la mayoría de los documentos.</p> <p>El resto de actividades mencionadas se llevan a cabo sin novedades relevantes.</p> |

|                                                                                                                            |                                                   |                                                                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                            |                                                   |                                                                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 14                                                                                                                         | Todas las demás inherentes al objeto contractual. | Se asiste a rendición de cuentas municipal por parte del alcalde a cargo, la anterior se lleva a cabo en el parque municipal el día jueves 12 de diciembre a las 2 pm. | Fotografía | En la rendición de cuentas se trataron temas relevantes y su inversión, costo y utilidad por parte del municipio, pasando por todas las entidades que hacen parte de la administración municipal, lo anterior es importante ya que darle parte a la comunidad y hacerla conocedor y participe de dichas cuentas e inversiones permite conocer más sus necesidades. |
| <p>Jessica Michell Castrillón Gómez</p>  |                                                   |                                                                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Firma de Quien Reporta                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Visto Bueno                                                                                                                |                                                   |                                                                                                                                                                        | Aprobado   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                  |                                              |                                  |                                           |
|----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Fecha:                           | 15/12/2024                                   | Fecha:                           | 10/12/2024                                |
| Número de Actividad Contractual: | 1                                            | Número de Actividad Contractual: | 4                                         |
| Lugar:                           | Centro de medicina deportiva INDER Guarne    | Lugar:                           | Centro de medicina deportiva INDER Guarne |
| Actividad                        | Difusión de la información en redes sociales | Actividad                        | Control de asistencia                     |



|                                  |                                           |                                  |                                           |
|----------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Fecha:                           | 16/12/2024                                | Fecha:                           | 10/12/2024                                |
| Número de Actividad Contractual: | 5                                         | Número de Actividad Contractual: | 6                                         |
| Lugar:                           | Centro de medicina deportiva INDER Guarne | Lugar:                           | Centro de medicina deportiva INDER Guarne |
| Actividad                        | Realizando informe                        | Actividad                        | Evaluación de desempeño                   |



|                                  |                                         |                                  |                                                                    |
|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Fecha:                           | 03/12/2024                              | Fecha:                           | 11/12/2024                                                         |
| Número de Actividad Contractual: | 3                                       | Número de Actividad Contractual: | 8-10                                                               |
| Lugar:                           | Municipio de Jardín                     | Lugar:                           | Centro de medicina deportiva INDER Guarne                          |
| Actividad                        | Acompañamiento a juegos institucionales | Actividad                        | Valoración a paciente nuevo y diligenciamiento de historia clínica |

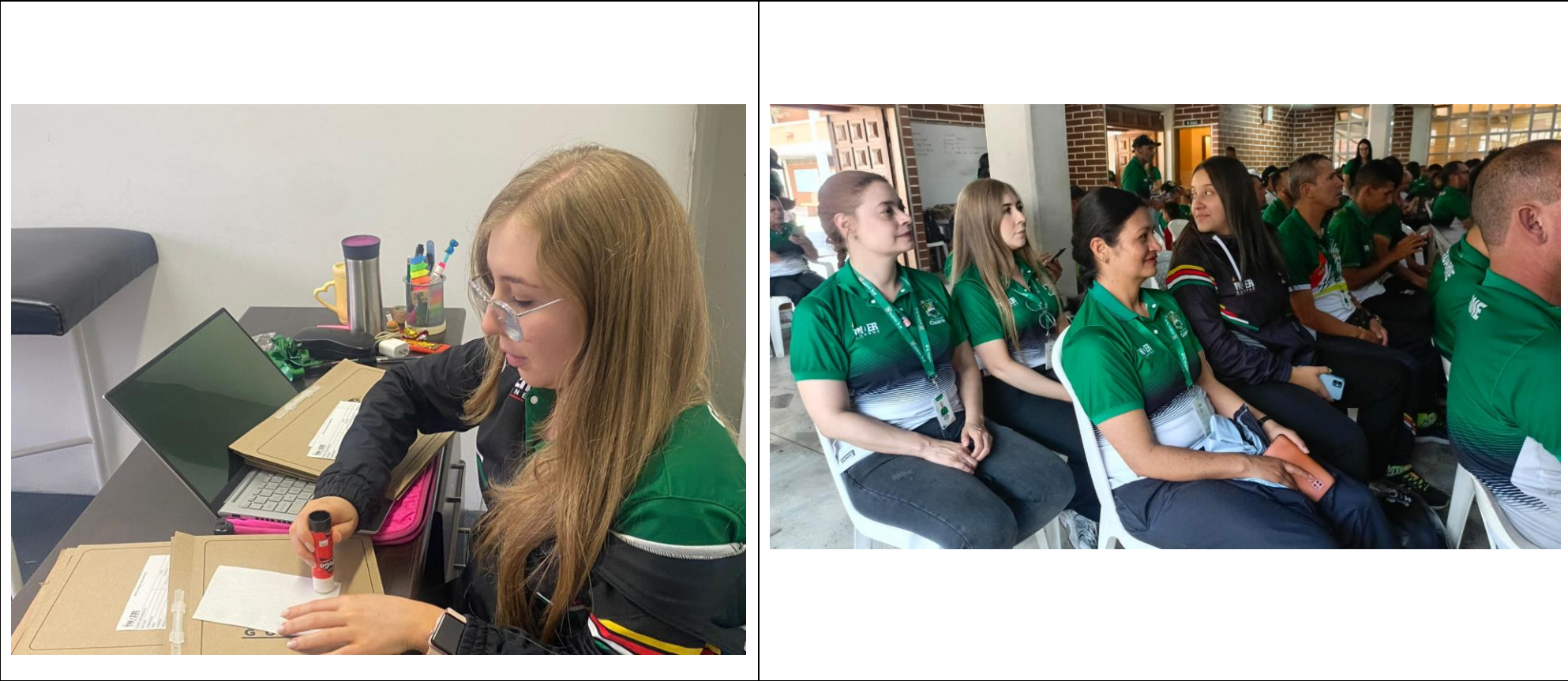


|                                  |                                           |                                  |                                           |
|----------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Fecha:                           | 13/12/2024                                | Fecha:                           | 17/12/2024                                |
| Número de Actividad Contractual: | 9                                         | Número de Actividad Contractual: | 11                                        |
| Lugar:                           | Centro de medicina deportiva INDER Guarne | Lugar:                           | Centro de medicina deportiva INDER Guarne |
| Actividad                        | Entrega de plan casero                    | Actividad                        | Aseo y desinfección                       |



|                                                                                     |                                           |                                                                                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Fecha:                                                                              | 12/12/2024                                | Fecha:                                                                               | 10/12/2024            |
| Número de Actividad Contractual:                                                    | 12                                        | Número de Actividad Contractual:                                                     | 12                    |
| Lugar:                                                                              | Centro de medicina deportiva INDER Guarne | Lugar:                                                                               | INDER Guarne          |
| Actividad                                                                           | Atención a razón social                   | Actividad                                                                            | Atención adulto mayor |
|  |                                           |  |                       |

|                                  |                                           |                                  |                            |
|----------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Fecha:                           | 16/12/2024                                | Fecha:                           | 18/12/2024                 |
| Número de Actividad Contractual: | 13                                        | Número de Actividad Contractual: | 13                         |
| Lugar:                           | Centro de medicina deportiva INDER Guarne | Lugar:                           | I.E Santo Tomás de aquino  |
| Archivo y gestión documental     | Archivo y gestión documental              | Actividad                        | Rendición de cuentas INDER |



|                                                                                     |                                |                                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|
| Fecha:                                                                              | 12/12/2024                     | Fecha:                           |  |
| Número de Actividad Contractual:                                                    | 14                             | Número de Actividad Contractual: |  |
| Lugar:                                                                              | Parque principal Guarne        | Lugar:                           |  |
| Actividad                                                                           | Rendición de cuentas municipal | Actividad                        |  |
|  |                                |                                  |  |

# PLANILLA DE ASISTENCIA



21

Atendido Por: Michell Castellón Gómez .Mes: Diciembre .Programa: Deportistas

| No. | FECHA      | NOMBRE COMPLETO          | DOCUMENTO  | EDAD | R/U | TELEFONO   | FIRMA                |
|-----|------------|--------------------------|------------|------|-----|------------|----------------------|
| 1   | 10/12/2024 | Alejandro Granados Yepes | 1036927549 | 19   | R   | 3107474778 | Alejandro Granados   |
| 2   | 10/12/2024 | Ana Maria Mesa Hoyos     | 1002231456 | 24   | U   | 3205673072 | Ana Maria Mesa Hoyos |
| 3   | 13/12/2024 | Alejandro Granados Yepes | 1036927549 | 19   | R   | 3107474778 | Alejandro Granados   |
| 4   | 16/12/2024 | Alejandro Granados Yepes | 1036927549 | 19   | R   | 3107474778 | Alejandro Granados   |
| 5   | 17/12/2024 | Alejandro Granados Yepes | 1036927549 | 19   | R   | 3107474778 | Alejandro Granados   |
| 6   |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 7   |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 8   |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 9   |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 10  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 11  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 12  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 13  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 14  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 15  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 16  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 17  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 18  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 19  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 20  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 21  |            |                          |            |      |     |            |                      |
| 22  |            |                          |            |      |     |            |                      |

Código:

Versión: 01

Fecha

# PLANILLA DE ASISTENCIA



30

Atendido Por: Michell Castellani Gómet .Mes: Diciembre .Programa: Adulto Mayor

| No. | FECHA    | NOMBRE COMPLETO            | DOCUMENTO  | EDAD | R/U | TELEFONO     | FIRMA                       |
|-----|----------|----------------------------|------------|------|-----|--------------|-----------------------------|
| 1   | 11/12/24 | Martha Lucia Hoyos         | 43 504 478 | 58   | U   | 319 502 1951 | <i>Martha Lucia Hoyos</i>   |
| 2   | 11/12/24 | Dario Arturo Naranjo       | 3 308 478  | 88   | U   | 314 346 6213 | <i>Dario Arturo Naranjo</i> |
| 3   | 11/12/24 | Clara Lidia Ramirez        | 21 961 320 | 77   | U   | 551 4055     | <i>Clara Lidia Ramirez</i>  |
| 4   | 12/12/24 | Echima Martinez            | 24 430 538 | 78   | U   | 321 707 2174 | <i>Echima Martinez</i>      |
| 5   | 12/12/24 | Libia Martinez             | 43 693 543 | 59   | R   | 313 722 3901 | <i>Libia Martinez</i>       |
| 6   | 13/12/24 | Clara Lidia Ramirez        | 21 961 320 | 77   | U   | 551 4055     | <i>Clara Lidia Ramirez</i>  |
| 7   | 16/12/24 | M <sup>g</sup> Elena Marin | 21 734 009 | 72   | U   | 312 235 0617 | <i>Elena Marin</i>          |
| 8   | 17/12/24 | Martha Rosa Gonzalez       | 42 999 417 | 64   | R   | 350 624 2197 | <i>Martha Rosa Gonzalez</i> |
| 9   |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 10  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 11  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 12  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 13  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 14  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 15  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 16  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 17  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 18  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 19  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 20  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 21  |          |                            |            |      |     |              |                             |
| 22  |          |                            |            |      |     |              |                             |

Código:

Versión: 01

Fecha

# PLANILLA DE ASISTENCIA



17

Atendido Por: Michell Castillan Gómez .Mes: Diciembre .Programa: Razon Social

| No. | FECHA    | NOMBRE COMPLETO         | DOCUMENTO  | EDAD | R/U | TELEFONO     | FIRMA        |
|-----|----------|-------------------------|------------|------|-----|--------------|--------------|
| 1   | 10/12/24 | Gustavo Adolfo Restrepo | 70 750 965 | 63   | U   | 320726 0313  |              |
| 2   | 12/12/24 | Gustavo Adolfo Restrepo | 70 750 965 | 63   | U   | 320726 0313  |              |
| 3   | 13/12/24 | Dora Elena Gallego Gil  | 43 424 625 | 52   | R   | 314443 0316  | Dora Gallego |
| 4   | 16/12/24 | Dora Elena Gallego Gil  | 43 424 625 | 52   | R   | 314 443 0316 | Dora Gallego |
| 5   | 17/12/24 | Dora Elena Gallego Gil  | 43 424 625 | 52   | R   | 314 443 0316 | Dora Gallego |
| 6   |          |                         |            |      |     |              |              |
| 7   |          |                         |            |      |     |              |              |
| 8   |          |                         |            |      |     |              |              |
| 9   |          |                         |            |      |     |              |              |
| 10  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 11  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 12  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 13  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 14  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 15  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 16  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 17  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 18  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 19  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 20  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 21  |          |                         |            |      |     |              |              |
| 22  |          |                         |            |      |     |              |              |

Código:

Versión: 01

Fecha

# PLANILLA DE ASISTENCIA



4

Atendido Por: Nichell Castellón Gómez .Mes: Diciembre .Programa: Particular

| No. | FECHA    | NOMBRE COMPLETO          | DOCUMENTO | EDAD | R/U | TELEFONO   | FIRMA              |
|-----|----------|--------------------------|-----------|------|-----|------------|--------------------|
| 1   | 10/12/24 | Maria Alexandra Osorio   | 39448034  | 48   | R   | 3146834625 | <i>[Signature]</i> |
| 2   | 10/12/24 | Anderson Olarte Martinez | 43563151  | 24   | R   | 3046088252 | Anderson Olarte M. |
| 3   | 11/12/24 | Dora Elena Gálvez Gil    | 43424625  | 52   | R   | 3144430316 | <i>[Signature]</i> |
| 4   | 13/12/24 | Maria Alexandra Osorio   | 39448034  | 48   | R   | 3146834625 | <i>[Signature]</i> |
| 5   |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 6   |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 7   |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 8   |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 9   |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 10  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 11  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 12  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 13  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 14  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 15  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 16  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 17  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 18  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 19  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 20  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 21  |          |                          |           |      |     |            |                    |
| 22  |          |                          |           |      |     |            |                    |

Código:

Versión: 01

Fecha

# PLANILLA DE ASISTENCIA



16

Atendido Por: Michelle .Mes: Diciembre .Programa: Hidroterapia Adulto Mayor

| No. | FECHA    | NOMBRE COMPLETO     | DOCUMENTO | EDAD | R/U | TELEFONO    | FIRMA               |
|-----|----------|---------------------|-----------|------|-----|-------------|---------------------|
| 1   | 10.12.24 | Carmen Molina       | 42997664  | 64   | U.  | 3116942233  | Carmen Molina A     |
| 2   | 10.12.24 | Beatriz Ochoa       | 43422138  | 63   | U.  | 3013827986  | B. E. 800           |
| 3   | 10.12.24 | Luz Marina Obando   | 32312850  | 66   | R   | 3122273220  | Luz Marina Obando   |
| 4   | 10.12.24 | Marlene Gallego     | 42758388  | 61.  | R   | 32138913143 | Marlene Gallego     |
| 5   | 10.12.24 | Isabel Giraldo      | 21784683  | 68   | U.  | 3232300127  | Isabel Giraldo      |
| 6   | 10.12.24 | Lilly Ruiz          | 43423642  | 56   | R   | 3103534169  | Lilly Ruiz          |
| 7   | 10.12.24 | Homay Sanchez       | 4373745   | 75.  | R   | 3004559209  | Homay Sanchez       |
| 8   | 10.12.24 | Enrique Restrepo    | 70036660  | 71   | R   | 3204516792  | Enrique Restrepo    |
| 9   | 10.12.24 | Luis A Sepulveda    | 3096075   | 71   | R   | 3204516792  | Luis A Sepulveda    |
| 10  | 10.12.24 | Robiela Giraldo     | 43422188  | 61   | U.  | 3126292320  | Robiela Giraldo     |
| 11  | 10.12.24 | Sor Manuela Escobar | 43361656  | 57   | R   | 3113661196  | Sor Manuela Escobar |
| 12  | 10.12.24 | Ester Julia Ochoa   | 43422056  | 63   | R   | 3105943666  | Ester Julia Ochoa   |
| 13  | 10.12.24 | Nancy Hincapié      | 42765316  | 61   | U.  | 3126292320  | Nancy Hincapié      |
| 14  | 10.12.24 | Luz Amparo Gomez    | 32482101  | 73.  | U.  | 3144854134  | Luz Amparo Gomez    |
| 15  |          |                     |           |      |     |             |                     |
| 16  |          |                     |           |      |     |             |                     |
| 17  |          |                     |           |      |     |             |                     |
| 18  |          |                     |           |      |     |             |                     |
| 19  |          |                     |           |      |     |             |                     |
| 20  |          |                     |           |      |     |             |                     |
| 21  |          |                     |           |      |     |             |                     |
| 22  |          |                     |           |      |     |             |                     |

Código:

Versión: 01

Fecha

# PLANILLA DE ASISTENCIA



12

Atendido Por: Michell Castellón Gámez .Mes: Diciembre .Programa: Contitatus INDER

| No. | FECHA      | NOMBRE COMPLETO   | DOCUMENTO   | EDAD | R/U | TELEFONO   | FIRMA             |
|-----|------------|-------------------|-------------|------|-----|------------|-------------------|
| 1   | 11/12/2024 | Diego A. Ospina C | 70.757. 002 | 40   | U   | 3117065517 | Diego A. Ospina C |
| 2   | 13/12/2024 | Diego A. Ospina C | 70.757. 002 | 40   | U   | 3117065517 | Diego A. Ospina C |
| 3   |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 4   |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 5   |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 6   |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 7   |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 8   |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 9   |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 10  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 11  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 12  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 13  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 14  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 15  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 16  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 17  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 18  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 19  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 20  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 21  |            |                   |             |      |     |            |                   |
| 22  |            |                   |             |      |     |            |                   |

Código:

Versión: 01

Fecha

# PLANILLA DE ASISTENCIA



Atendido Por: Michell Castellón Gómez .Mes: Diciembre .Programa: Final Juegos Departamentales

| No. | FECHA      | NOMBRE COMPLETO              | DOCUMENTO  | EDAD | R/U | TELEFONO   | FIRMA               |
|-----|------------|------------------------------|------------|------|-----|------------|---------------------|
| 1   | 03-12-24   | Suleny Santiago Rodríguez    | 1107855389 | 15   | D   | 3195932842 | <i>[Signature]</i>  |
| 2   | 03-12-24   | Geraldine Belancor Espinosa  | 1036253518 | 18   | U   | 3113837809 | Geraldine B.        |
| 3   | 03-12-24   | Joselin Sofia Sánchez        | 1036256797 | 16   | U   | 3006671060 | <i>[Signature]</i>  |
| 4   | 03-12-24   | Geisell Noelleth Pérez Peres | 1094048126 | 17   | U   | 3202061203 | Geisell Pérez       |
| 5   | 03-12-24   | Juliana Gutierrez Gonzalez   | 1000875004 | 22   | R   | 3053271477 | <i>[Signature]</i>  |
| 6   | 03-12-24   | Juan Felipe Osorio Ospina    | 1013241901 | 17   | R   | 3013371749 | <i>[Signature]</i>  |
| 7   | 03-12-24   | Diego Laverde Rodríguez      | 1000205684 | 23   | R   | 3004020496 | <i>[Signature]</i>  |
| 8   | 04/12/24   | Valerie Hernández J          | 1035914258 | 15   | R   | 3023514140 | Valerie H.          |
| 9   | 04/12/24   | Emanuel Rodríguez Ossa       | 1035913993 | 15   | R   | 3104463175 | Emanuel Rodríguez   |
| 10  | 04/12/24   | Santiago Salinas             | 1172023925 | 14   | U   | 3128047988 | <i>[Signature]</i>  |
| 11  | 04/12/24   | Juan Manuel Rodríguez        | 1001416036 | 21   | U   | 3003042303 | Juan M. Rodríguez   |
| 12  | 04/12/24   | John Eduardo Gil             | 1035918151 | 29   | R   | 3194378115 | John Gil            |
| 13  | 05/12/24   | JULIET K. MONTONA            | 1035914699 | 33   | U   | 3218710050 | JULIET M.           |
| 14  | 05/12/2024 | Juliana Gutierrez Gonzalez   | 1000875004 | 22   | R   | 3053271477 | <i>[Signature]</i>  |
| 15  | 06/12/24   | Estefani Bedoya Pulgarin     | 1035913385 | 34   | U   | 3217055286 | <i>[Signature]</i>  |
| 16  | 6/12/24    | Laura Rivera Flores          | 1035910362 | 20   | R   | 3244946173 | Laura Rivera        |
| 17  | 06/12/24   | Juan Pablo Quintana Ronda    | 2040049364 | 27   | U   | 3105301441 | Juan Pablo Quintana |
| 18  | 06-12-24   | Juan Esteban Uper Uper       | 1001415108 | 24   | R   | 3205847635 | Juan Esteban U      |
| 19  | Roxana     | Roxana yony yony             | 2647090    | 15   | U   | 3015788992 | Roxana yony         |
| 20  | 2003       | OSCAR YESID LOSAZA LAZA      | 1007622289 | 29   | V   | 3014423636 | Yesid LAZA          |
| 21  | 7-12-24    | Juliana Gutierrez Gonzalez   | 1000875004 | 22   | R   | 3053271477 | <i>[Signature]</i>  |
| 22  | 7-12-24    | Suleny Santiago Rodríguez    | 1107855389 | 15   | D   | 3195932842 | <i>[Signature]</i>  |

Código:

Versión: 01

Fecha

# PLANILLA DE ASISTENCIA



Atendido Por: Michell Castillon Gómez .Mes: Diciembre .Programa: Final Juegos Departamentales

| No. | FECHA      | NOMBRE COMPLETO            | DOCUMENTO  | EDAD | R/U | TELEFONO   | FIRMA              |
|-----|------------|----------------------------|------------|------|-----|------------|--------------------|
| 1   | 07.12.2024 | Diana Hernandez Carvajal   | 13115304   | 12   | U   | 3136199897 |                    |
| 2   | 07/12/24   | Juan Jose Garcia Carvajal  | 1022445446 | 18   | U   | 3223400804 |                    |
| 3   | 07/12/24   | Jose David Osorio Ospina   | 1013341900 | 17   | R   | 3022257698 | Jose David         |
| 4   | 07/12/24   | Mateo Vasquez Valdes       | 1062420868 | 19   | U   | 3106552036 |                    |
| 5   | 07/12/24   | Marlon Andres Mora Vasquez | 1007239196 | 24   | R   | 3024680822 | Marlon Andres Mora |
| 6   | 07/12/24   | Juan Felipe Osorio         | 1013341901 | 17   | R   | 305317744  |                    |
| 7   | 07/12/2024 | Diego Juarez Rodriguez     | 1000305684 | 23   | R   | 3004020496 |                    |
| 8   | 07/12/2024 | Mariana Leonor Lopez Moya  | 102381914  | 15   | R   | 3107443503 | Mariana V.R.       |
| 9   |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 10  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 11  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 12  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 13  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 14  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 15  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 16  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 17  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 18  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 19  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 20  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 21  |            |                            |            |      |     |            |                    |
| 22  |            |                            |            |      |     |            |                    |

Código:

Versión: 01

Fecha