

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                            |               | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                                       |                                            |               | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                            |               | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       | Carolina Guerrero Figueroa                 |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                       | C.C                                        | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52773485   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                       | carolinaguerrero04@gmail.com               |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3134090850 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                       |                                            |               | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       | S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 50 MEXICANA |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                                     |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU50E01              | 100                                   |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                                       |                                            |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                       | 550473800064452                            |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 2616                                  |                                            |               | VIGENCIA                         |               | 2024                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 164                  | FECHA                                 | 2025-01-20 17:27:32.000                    | NÚMERO DE CRP | 7381                             | FECHA         | 2025-01-20 18:10:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                       | DESDE                                      | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                            | 2024-12-01    |                                  |               | 2024-12-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                       |                                            | \$1,851,816   |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            | Asistencial          |                                       | RESERVA DE GLOSA 0%                        |               |                                  | N/A           |                                                                                     |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                       |                                            |               |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       |                                            |               |                                  | \$18,518,160  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                            |               |                                  | \$18,518,160  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                       |                                            |               |                                  | \$1,851,816   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                            |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                       |                                            |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       |                                            |               |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION    | APORTE A SALUD 12.5% IBC              | APORTE PENSION 16% IBC                     | NIVEL ARL     | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 81950333                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,526            | \$113,566                             | \$145,364                                  | 3             | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS<br>52502360<br>Supervisor                                                                       |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                      |                                       |                                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                | PRODUCTOS                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alimentar permanentemente los sistemas de información y registros que están a su cargo y mantenerlos al día.                                                                                                  | Realizo diariamente las carpetas y archivos que se encuentran a mi cargo a mi cargo.                                                                                                                                       | registro carpetas diarias.                                                                         |
| Atender la consulta programada de higiene oral. Aplica para higienistas                                                                                                                                       | En caso que se requiera.                                                                                                                                                                                                   | cumplir con la agenda asignada.                                                                    |
| Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.                                                                                       | Darle el manejo adecuado a la información de historias clínicas                                                                                                                                                            | se siguen protocolos de la subred.                                                                 |
| Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista)                                                                                                    | Se realizan la respectiva información del tratamiento y se dan recomendaciones.                                                                                                                                            | Se cumple dando las respectivas recomendaciones.                                                   |
| Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución                                                                                                                             | Cumpro de manera adecuada con los manuales establecidos por la institución.                                                                                                                                                | se siguen protocolos establecidos por la subred.                                                   |
| Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.                                                                                                            | Contribuir dando a conocer los servicios y los beneficios que pueden recibir.                                                                                                                                              | Contribuir dando a conocer los servicios y los beneficios que pueden recibir.                      |
| Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista).                                                                                                | Realice y entregue puntualmente mis informes de gestión, cumpliendo con el 100% de las actividades asignadas, realizar el informe solicitado por el supervisor del contrato.                                               | Informe de gestión al día con un rendimiento del 100%                                              |
| Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos                                                            | Apoyo y verifico la correcta facturación de los procedimientos a realizar evitando de esta manera la posible glosa.                                                                                                        | Revisión de historias clínicas, en dinámica.                                                       |
| Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. | Asumiré los planes de mejora en los que tenga responsabilidad.                                                                                                                                                             | Asumiré los planes de mejora en los que tenga responsabilidad.                                     |
| .Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.                                                                          | Verifico que se encuentre afiliado y activo en el sistema.                                                                                                                                                                 | .Correcta verificación de la documentación, y afiliación.                                          |
| Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.                                                                                                      | .Apoyo al odontólogo y se realiza desinfección de equipos, instrumental y areas del consultorio.                                                                                                                           | ayudar al odontólogo, el consultorio debe estar limpio y desinfectado e instrumental esterilizado. |
| Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente                                                      | se aplica los lineamientos con buen lavado y esterilizado del instrumental de odontología, limpieza de la unidad entre paciente y paciente, lavado e higienización de manos, y utilización de los elementos de protección. | Utilizo correctamente los elementos de protección personal.                                        |
| . Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.                                       | aplica los lineamientos con buen lavado y esterilizado del instrumental de odontología, limpieza de la unidad entre paciente y paciente, lavado e higienización de manos, y utilización de los elementos de protección.    | Utilizo correctamente los elementos de protección personal.                                        |
| Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.                                                                                                                              | Realizo los pedidos oportunamente teniendo en cuenta las existencias.                                                                                                                                                      | se cumple realizando los pedidos en las fechas estipuladas.                                        |
| Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla establecida                                                                                        | Se verifica constantemente que el inventario se encuentre al día.                                                                                                                                                          | Se cumple revisando y actualizando lo que se requiere.                                             |
| Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional.                                                                                                                                            | Uso adecuadamente el uniforme instruccional.                                                                                                                                                                               | Utilizo correctamente el uniforme y el carnet.                                                     |

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS  
52502360  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

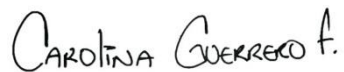
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**CAROLINA GUERRERO FIGUEROA**  
**CC 52773485 DE BOGOTÁ**

La suma de UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS M/CTE (\$1851.816) por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ODONTOLOGIA/HIGIENISTA EN EL AREA DE ODONTOLOGIA, durante el periodo de Diciembre 01 al 31 de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No2616-2024



CAROLINA GUERRERO FIGUEROA

**NOMBRES Y APELLIDO CONTRATISTA**  
**CC 52773485 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**  
**NUMERO 550473800064452**

Cuenta No. 218694

| NOMBRE                     | DOCUMENTO                                                                                                               | CORREO                       | CELULAR                                                                                                                              | BANCO                                                                                                                                                 | TIPO DE CUENTA                                                                     | NO. DE CUENTA                                                                                                                        |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carolina Guerrero Figueroa | 52773485                                                                                                                | carolinaguerrero04@gmail.com | 3134090850                                                                                                                           | BANCO DAVIVIENDA S.A                                                                                                                                  | AHORRO                                                                             | 550473800064452                                                                                                                      |
| PERIODO                    | SUPERVISOR                                                                                                              | CONTRATO<br>CDP / CRP        | CENTROS DE COSTO                                                                                                                     | DOCUMENTO EQUIVALENTE                                                                                                                                 | NO. PLANILLA                                                                       | PLANILLA                                                                                                                             |
| 2024-12-01 / 2024-12-31    | INGRID JANNETH CAMACHO<br>CACAIS                                                                                        | 2616<br>164 / 7381           | <ul style="list-style-type: none"><li>SU50E01 - 100 %</li></ul>                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li><a href="#">EQUIVALENTE-52773485-20241212070516-DOCUMENTO EQUIVALENTE DICIEMBRE CAROLINA 2024.pdf</a></li></ul> | 81950333                                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li><a href="#">PLANILLA-52773485-20241212070516-PLANILLA DE PAGO NOVIEMBRE 2024.pdf</a></li></ul> |
| VALOR TOTAL MAS ADICIONES  |                                                                                                                         | VALOR EJECUTADO              | VALOR A PAGAR                                                                                                                        | VALOR A LIBERAR                                                                                                                                       | SALDO POR EJECUTAR                                                                 | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                              |
| \$18,518,160               |                                                                                                                         | \$18,518,160                 | \$1,851,816                                                                                                                          |                                                                                                                                                       | \$0                                                                                | 100%                                                                                                                                 |
| ID                         | OBLIGACIÓN                                                                                                              |                              | ACTIVIDADES                                                                                                                          |                                                                                                                                                       | PRODUCTOS                                                                          |                                                                                                                                      |
| 17240439                   | Alimentar permanentemente los sistemas de información y registros que están a su cargo y mantenerlos al día.            |                              | <ul style="list-style-type: none"><li>Realizo diariamente las carpetas y archivos que se encuentran a mi cargo a mi cargo.</li></ul> |                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>registro carpetas diarias.</li></ul>         |                                                                                                                                      |
| 17240440                   | Atender la consulta programada de higiene oral. Aplica para higienistas                                                 |                              | <ul style="list-style-type: none"><li>En caso que se requiera.</li></ul>                                                             |                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>cumplir con la agenda asignada.</li></ul>    |                                                                                                                                      |
| 17240441                   | Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. |                              | <ul style="list-style-type: none"><li>Darle el manejo adecuado a la información de historias clínicas</li></ul>                      |                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>se siguen protocolos de la subred.</li></ul> |                                                                                                                                      |

CERRAR VENTANA

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                     |                    |                              |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|---------------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                       |
| CC                                  | 52773485          | CAROLINA GUERRERO FIGUEROA |        | CL 48 A SUR # 79 10 | 4834427            | carolinaguerrero04@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                              |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                              |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                            |        |                     |                    | NO                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2024-11              | 2024-11                           | I             | 12/12/2024               | 81950333        | \$402.200        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |                  |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |          |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |          |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 162.500       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 208.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 31.700                 |                  |       |                        | 31.700                | 0         | 0                     | 31.700              |                            |                     | 317               | 31.700        | 1             |

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

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

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52773485          | CAROLINA GUERRERO FIGUEROA |        | CL 48 A SUR # 79 10 | 4834427            | carolinaguerrero04@gmail.com        |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO        | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.        | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                     |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                     |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-11              | 2024-11                           | I             | 12/12/2024               | 81950333        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$402.200     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |        |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|--------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |        |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Sueldo | Excedente | Columna excedente | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 52773485              | GUERRERO FIGUEROA CAROLINA | 59        | 0      |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     | 230201   | 1.300.000 | 208.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS010   | 1.300.000 | 162.500                | 14-23    | 1.300.000    | 3               | 31.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA