

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> |                                                                                        | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b><br><b>VERSIÓN: 2</b><br><b>FECHA: 2025-06-09</b> |  |
| <b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| <b>DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ</b>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| <b>CON C.C.N°</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        | <b>1.030.598.690</b>                                                         |  |
| <b>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO GESTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH"                                      |                                                                                        |                                                                              |  |
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>PS 5738 2024</b>                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b>                                                 |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        | <b>10/12/2024</b>                                                            |  |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>\$ 3.028.924</b>                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b>                                                  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        | <b>NO APLICA</b>                                                             |  |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO</b>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>\$ 30.009.700</b>                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>                             |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        | <b>\$ 3.126.750</b>                                                          |  |
| <b>ADICIONES:</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO</b>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>9 MESES;20 DIAS</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                        |                                                                              |  |
| <b>PRORROGAS</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>3BL HOSPITAL SAN BLAS</b>                                                           |                                                                              |  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ</b><br><b>DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05</b> |                                                                              |  |
| <b>ITEM</b>                                                                             | <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 1                                                                                       | Desarrollé las actividades que se generaron directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas en la USS San Blas como base del Programa de APH.                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 2                                                                                       | Cumplí con el objeto del contrato como <b>gestor externo</b> , de manera personal y autónoma.                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 3                                                                                       | Cumplí con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 4                                                                                       | Acaté las instrucciones que durante el desarrollo del contrato impartió la SUBRED a través del supervisor del contrato.                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 5                                                                                       | Ejecuté oportunamente mis obligaciones contractuales en concordancia con los planes que formula la Entidad en especial el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión de la Gerencia secretaria de salud.                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 6                                                                                       | Preparé y presenté conforme a su competencia el informe de gestion de liberacion de camillas.                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 7                                                                                       | Apoyé con la supervisión y seguimiento de contratos en relacion con las novedades y asistencia en cada uno de los 15 turnos                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 8                                                                                       | Apoyé la ejecucion de acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que hubo lugar durante el acompañamiento a las tripulaciones                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 9                                                                                       | Asistí a la capacitación brindada el <b>18 de septiembre del 2025</b> sobre agitación psicomotora y sujeción de pacientes en APH y asistí el 19 de septiembre a la reunión administrativa brindada por la Dirección de Urgencias.                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 10                                                                                      | Cumplí con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social                                              |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 11                                                                                      | Apoyé la verificación del cumplimiento a las actividades programadas desde la coordinación a cada uno de los colaboradores en cada uno de los turnos                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 12                                                                                      | Asistí y aprobé los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 13                                                                                      | Conocí, promoví y apliqué las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.                                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 14                                                                                      | Cargué mensualmente a la plataforma Secop II el formato informe y cuenta de cobro aprobado y firmado por el supevisor de contrato.                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 15                                                                                      | Acaté las instrucciones que durante el desarrollo del contrato impartía la SUBRED a través del supervisor del contrato.                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 16                                                                                      | Cumplí con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. 9                                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 17                                                                                      | Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 18                                                                                      | Asistí a la capacitación brindada el 18 de septiembre del 2025 sobre agitación psicomotora y sujeción de pacientes en APH y asistí el 19 de septiembre a la reunión administrativa brindada por la Dirección de Urgencias.                                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 19                                                                                      | Apoyé la entrega de medicamentos y dispositivos médicos, llevando puntos de control, y realice el alistamiento y entrega de los insumos a cada una de las móviles donde correspondió en cada uno de los turno realizados.                                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |
| 20                                                                                      | Entregué <b>15 turnos</b> de manera presencial al compañero con las novedades que se presentaron en el turno                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                              |  |



### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                | SI | NO |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1    | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado.?                                                                                                                                                                        | X  |    |
| 2    | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X  |    |
| 3    | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                      | X  |    |
| 4    | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.?                                       | X  |    |
| 5    | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                             | X  |    |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2025 AL 30/09/2025)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA:   | 89667936    | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
|--------------------|-------------|---------------|--------------|
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | COMPENSAR   | 16/09/2025    | \$ 178.000   |
| PENSIÓN:           | COLFONDOS   | 16/09/2025    | \$ 227.800   |
| RIESGOS LABORALES: | SURA        | 16/09/2025    | \$ 34.700    |
| OTRO               | COLSUBSIDIO | 16/09/2025    | \$ 28.500    |
| TOTAL PAGADO       |             |               | \$ 469.000   |

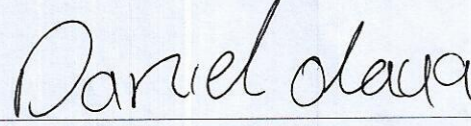
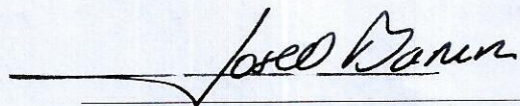
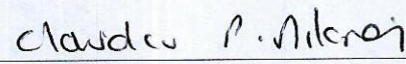
### V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

### VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

|                                                                                                |                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                 | <br>DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ<br>C.C. 1.030.598.690                                                     |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                          | <br>JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ<br>DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | <br>CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ<br>LÍDER PROGRAMA APH                                              |





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 7  
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

|                      |                                                                        |           |               |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ                                             | CC:       | 1.030.598.690 |
|                      |                                                                        | RUT:      | 141058682321  |
| CORREO ELECTRÓNICO:  | <a href="mailto:danielolaya131@gmail.com">danielolaya131@gmail.com</a> | TELÉFONO: | 3143985760    |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CARRERA 95B # 58 - 57 SUR                                              | CIUDAD:   | BOGOTÁ D.C.   |

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| NO tomaré costos y deducciones | X |
| SI tomaré costos y deducciones | 0 |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

|                                                                                                                                                                                                       |    |   |    |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----|---|
| Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación. | SI | 0 | NO | X |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----|---|

|                          |            |                 |         |            |                  |
|--------------------------|------------|-----------------|---------|------------|------------------|
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 0550452900105050 |
|--------------------------|------------|-----------------|---------|------------|------------------|

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                          |                                                  |              |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
| Nº DEL CONTRATO:         | PS 5738 2024             | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.126.750 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 10/12/2024               | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 30/09/2025   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 01/09/2025 AL 30/09/2025 |                                                  |              |

*Daniel Olaya*

DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ  
CEDULA: 1.030.598.690  
CELULAR: 3143985760



| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |  |               |                           |                 |               |     |
|----------------------|------------------------------------|--|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) |  | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                    |  |               |                           |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                    |  |               |                           |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |  |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-08              | 2025-08                            |  | I             | 16/09/2025                | 89667936        | \$469 000     |     |

| TOTALES SALUD |               |             |                        |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS008        | Compensar EPS | 860065942-7 | 178.000                |

[illegible][illegible]

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                           | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 899903790-5 | 34.700                    |                  |       |                           | 34.700                   | 0            | 0                        | 34.700                 |                               |                        | 347                  | 34.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |             |             |              |           |                   |               |
|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre      | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |
| CCF22         | Colsubsidio | 860007336-1 | 28.500       | 0         | 0                 | 28.500        |
|               |             |             |              |           |                   | 1             |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IOE, LMA, IRP y mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.000        |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.700         |
| CCF                    | 1                              | 28.500                              | 28.500         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>4</b>                       | <b>469.000</b>                      | <b>469.000</b> |



| DATOS DEL APORTANTE                       |                    |                            |        |                      |                    |                              |
|-------------------------------------------|--------------------|----------------------------|--------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO                                      | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                       |
| CC                                        | 1030598690         | DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ |        | CRA 95 B # 57 58 SUR | 6049904            | DANIELOLAYA131@GMAIL.CO<br>M |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN                     | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                              |
| UNICA                                     | 1 - Independiente  |                            |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ D.C.        |                              |
| EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |                    |                            |        |                      |                    |                              |
| NO                                        |                    |                            |        |                      |                    |                              |

| DATOS DE LA PLANILLA     |                                       |               |                             |                 |                            |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------|----------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA        | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍA/MES/AÑO) | CANTIDAD        |                            |
|                          |                                       |               |                             | NÚMERO PLANILLA | EMPLEADOS<br>UPC           |
|                          |                                       |               |                             | 1               | 0                          |
| PERIODO SALUD<br>2025-08 | PERIODO PENSIONES<br>2025-08          | I             | 16/09/2025                  | 89567936        | TOTAL A PAGAR<br>\$469 000 |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             | INFORMACIÓN NOVEDADES |        |            |     |     |     |     |     |              |            | PENSION                      |                                        |          |          | SALUD                  |          |                 |            | RIESGOS LABORALES |          |            |                        | CCF          |             | PARAFISCALES |             |   |  |  |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|--------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|------------|------------------------------|----------------------------------------|----------|----------|------------------------|----------|-----------------|------------|-------------------|----------|------------|------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---|--|--|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres         | Cuentas               | Bancos | Extranjero | MIO | TAE | TAP | VSP | RUE | Col. IBC AFP | Colización | Voluntari Aportante Afiliado | Fondo pensional subsidistia solidariad | Cód. EPS | IBIC EPS | Colización / Valor UPC | Cód. ARL | Clase de riesgo | Colización | Código CCF        | IBIC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENIA | Aporte IOBP | Aporte MIEI  | Aporte ESAP |   |  |  |
| 1                     | CC   | 100596690             | CLAYIA PEREZ DANIEL ORLANDO | 57                    | 0      | N          |     |     |     |     |     | 231001       | 1 423 500  | 227 800                      | 0                                      | 0        | 0        | 1 423 500              | 178 000  | 14-11           | 3          | 34 700            | CCF22    | 1 423 500  | 28 500                 | 0            | 0           | 0            | 0           | 0 |  |  |



