

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                                                                                                                                                          |         |            |              |                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <div>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Centro Oriente E.S.E.</div>                                                                                                                 |                               | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br>Y DE APOYO A LA GESTIÓN |         |            |              | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16                                |  |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                                                                                                          |         |            |              |                                                                                        |  |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                                                                                                          |         |            |              |                                                                                        |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                               | KAROLL NICOLL ALVARADO TORRES |                                                                                                                                                                                          |         | CC:        | 1000335249   |                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                                                                                                                                                          |         | RUT (NIT): | 1000335249   |                                                                                        |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                | ALVARADOKAROLL2507@GMAIL.COM  |                                                                                                                                                                                          |         | TELÉFONO:  | 3228878145   |                                                                                        |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                               | CL 31D SUR 1 45 ESTE          |                                                                                                                                                                                          |         | CIUDAD:    | BOGOTA       |                                                                                        |  |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                                           | BANCO DAVIVIENDA S.A.         | TIPO DE CUENTA:                                                                                                                                                                          | AHORROS | N° CUENTA: | 488430157534 |                                                                                        |  |
| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                                                                                                          |         |            |              |                                                                                        |  |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PS 4610 2025                  | N° CDP:                                                                                                                                                                                  | 800     | N°. RP:    | 12484        | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: CUATRO (04) MESES Y<br>VEINTITRÉS (23) DÍAS |  |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2025/02/07                    | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                                                                                                                                                           |         | 2025/06/30 |              | VALOR TOTAL DEL CONTRATO<br>INCLUIDO ADICIONES: 10.145.865                             |  |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                           | DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31  |                                                                                                                                                                                          |         |            |              |                                                                                        |  |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 2.100.000                  |                                                                                                                                                                                          |         |            |              |                                                                                        |  |
| <div><div>KAROLL NICOLL ALVARADO TORRES<br/>PS_4610_2025_7212B7-2025-05-19 11:57:24</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>KAROLL NICOLL ALVARADO TORRES<br/>CC: 1000335249<br/>CEL: 3228878145</div> |                               |                                                                                                                                                                                          |         |            |              |                                                                                        |  |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

|                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA            | KAROLL NICOLL ALVARADO TORRES |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 1.000.335.249                 |

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                      |                                                                                                                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 4610 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/02/07 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |    |           |
|----------------------------|----|-----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ | 3.622.579 |
|----------------------------|----|-----------|

|                                              |    |            |                                           |    |           |
|----------------------------------------------|----|------------|-------------------------------------------|----|-----------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ | 10.145.865 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ | 2.100.000 |
|----------------------------------------------|----|------------|-------------------------------------------|----|-----------|

|                |   |                 |       |                             |     |
|----------------|---|-----------------|-------|-----------------------------|-----|
| N° DE INFORME: | 4 | N° CRP INICIAL: | 10905 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 394 |
|----------------|---|-----------------|-------|-----------------------------|-----|

|                                         |                                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CUATRO (04) MESES Y VEINTITRÉS (23) DÍAS |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|

|                                                 |                      |
|-------------------------------------------------|----------------------|
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | DIRECCION FINANCIERA |
|-------------------------------------------------|----------------------|

|                                               |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | RONALD AGUILAR GOMEZ |
|------------------------|----------------------|

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

|                     |              |                                            |     |                   |       |                    |                                   |
|---------------------|--------------|--------------------------------------------|-----|-------------------|-------|--------------------|-----------------------------------|
| Nº DE MODIFICACION: | (2)          | TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA): |     |                   |       | ADICION (X)        | PRORROGA (X)                      |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 223.286   | CDP DE LA ADICIÓN:                         | 816 | RP DE LA ADICIÓN: |       | TIEMPO PRORROGADO: | VEINTIOCHO (28) DÍAS              |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 6.300.000 | CDP DE LA ADICIÓN:                         | 800 | RP DE LA ADICIÓN: | 12484 | TIEMPO PRORROGADO: | DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE DÍAS |

III. POLIZAS (SI APLICA)

|                                |    |                                    |   |
|--------------------------------|----|------------------------------------|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | NO                                 | X |
| N° DE PÓLIZA:                  |    | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:          |   |
| FECHA DE LA PÓLIZA             |    | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: |   |

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 1 Recepcioné, registré y confirmé las órdenes de servicio de observación de urgencias.<br>2 Verifiqué contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura.<br>3 Actualicé los datos del paciente y del acudiente en el sistema de información .<br>4 Reporté ante trabajo social todos paciente que ingresaron como NN, inmigrantes y/o habitantes en vulnerabilidad.<br>5 Adjunté las respuestas emitidas por trabajo social en el sistema de información.<br>6 Confirmé todas las ordenes de salida asignadas en el turno y en el servicio de urgencias.<br>7 Verifiqué contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura.<br>8 Verifiqué y adjunté los soportes de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios el reporte al ente respectivo ( MIPRES).<br>9 Adjunté el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según normatividad vigente para las EAPB y aseguradoras.<br>10 Egresé oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifica orden de salida por el área asistencial. |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

V. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 <b>clausula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u></b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-05-01) AL (2025-05-31) |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
| VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                             |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                          | N° 86130845                                                                                                   | OPERADOR:                                                                                                                                                                                                                                                                            | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                         | ENTIDAD                                                                                                       | FECHA DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                        | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                    | CAPITAL SALUD                                                                                                 | 2025/05/12                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 178.000   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                  | PROTECCION                                                                                                    | 2025/05/12                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 227.800   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                        | POSITIVA                                                                                                      | 2025/05/12                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 34.700    |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 440.500   |
| VII. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
| (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                                                                                                                                            |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente                                                                                                                     |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               | <div><div>KAROLL NICOLL ALVARADO TORRES</div><div>PS_4610_2025_7212B7-2025-05-19 11:57:24</div></div> <div>KAROLL NICOLL ALVARADO TORRES</div> <div>CC: 1000335249</div> <div>CEL: 3228878145</div> |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                                            |                                                                                                               | <div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div><div>PS_4610_2025_7212B7-2025-05-19 20:12:31</div></div> <div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div> <div>CARGO:</div> <div>DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05</div>   |              |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA:                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                               | <div><div>YAMILE CANO HERRERA</div><div>PS_4610_2025_7212B7-2025-05-19 19:49:30</div></div> <div>YAMILE CANO HERRERA</div> <div>PERFIL:</div> <div>ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL</div>     |              |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                               |        |                          |                    |                              |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                       |
| CC                                  | 1000335249        | KAROLL NICOLL ALVARADO TORRES |        | Cli 36 k sur # 6-67 este | 3228878145         | alvaradokaroll2507@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          |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 12/05/2025               | 86130845        | TOTAL A PAGAR \$469.000 |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPSC34        | Recaudo SGP Capital Salud | 900298372-9 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 227.800       | 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 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            |                     | 347               | 34.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |  |             |                   |
|---------------|----------------|--|--|--|--|-------------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  |  | NIT         | Valor Aporte      |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  |  | 860066942-7 | 28.500            |
|               |                |  |  |  |  |             | 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                              | 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             |
| TOTALES                | 4                              | 469.000                             | 469.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1000335249        | KAROLL NICOLL ALVARADO TORRES |        | Cll 36 k sur # 6-67 este | 3228878145         | alvaradokaroll2507@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           |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 12/05/2025               | 86130845        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$469.000     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |     |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | 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   | 1000335249            | ALVARADO TORRES KAROLL NICOLL | 59        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     | 230201   | 1.423.500         | 227.800    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPSC34       | 1.423.500 | 178.000                | 14-23    | 1.423.500 | 3               | 34.700     | CCF24      | 1.423.500 | 28.500     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA