

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LUIS EDUARDO ROJAS RINCON | | CC: | 79804508 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | LUEDROR@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3208547486 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 10F 34 81 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: 004870153766 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1413 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.893.400 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/15 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31 | | |



LUIS EDUARDO ROJAS RINCON
PS_1413_2025_C62AA8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUIS EDUARDO ROJAS RINCON

CC: 79804508

CEL: 3208547486

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

LUIS EDUARDO ROJAS RINCON

CON C.C N°

79.804.508

| | |
|-----------------------------|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION 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 1413 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 11.680.200 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|----------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 50.614.200 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 3.893.400 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRECE (13) MESES |
|--|------------------|

| | |
|--|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA |
|--|----------------------|

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ |
|-------------------------------|---------------------------|

II. 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 | Acompañamiento técnico a reuniones de conciliación, auditorias y capacitaciones realizadas por las diferentes EAPBS. |
| 2 | Descarga de los medios magnéticos RIPS de los planes de benéficos de PYD y PGP de la EPS Capital Salud, desde el módulo asignado en el Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH. |
| 3 | Administración Seguimiento diario del modulo FEV-RIPS, en la generación y envío de RIPS en formato JSON al Ministerio de Salud desde el sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH. |
| 4 | Ajuste de los medios magnéticos RIPS-JSON Evento en cuanto a la búsqueda y reconstrucción de diagnósticos para el posterior envío de acuerdo a los ajustes solicitados por el mecanismo único de validación (MUV), del Ministerio de Salud y Protección Social a fin de obtener el código único de validación (CUV). |
| 5 | Reporte y notificaciones continuas de los hallazgos encontrados en las validaciones de los RIPS JSON enviados por correo electrónico a las áreas pertinentes. |
| 6 | Asistir a las mesas de trabajo programadas en aras de realizar un mejoramiento continuo en la calidad del dato en los medios magnéticos RIPS-JSON. |
| 7 | Se validan los RIPS de la cuenta de PYD del régimen Contributivo de acuerdo a los ajustes solicitados por el mecanismo único de validación (MUV), del Ministerio de Salud y Protección Social a fin de obtener el código único de validación (CUV). |
| 8 | Se validan los RIPS de la cuenta de PYD del régimen Subsidiado de acuerdo a los ajustes solicitados por el mecanismo único de validación (MUV), del Ministerio de Salud y Protección Social a fin de obtener el código único de validación (CUV). |
| 9 | Se validan los RIPS de la cuenta de PGP del régimen Contributivo de acuerdo a los ajustes solicitados por el mecanismo único de validación (MUV), del Ministerio de Salud y Protección Social a fin de obtener el código único de validación (CUV). |
| 10 | Se validan los RIPS de la cuenta de PGP del régimen Subsidiado de acuerdo a los ajustes solicitados por el mecanismo único de validación (MUV), del Ministerio de Salud y Protección Social a fin de obtener el código único de validación (CUV). |
| 11 | Asistencia a reuniones de seguimiento al contrato de las cuentas de PYD y PGP de la EPS Capital Salud. |
| 12 | Asistir a las mesas de trabajo programadas por las diferentes áreas, en aras de realizar un mejoramiento continuo en la calidad del dato en los medios magnéticos RIPS. |

III. 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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---------------------|-------------|---------------|-------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 91435795 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2025/11/12 | \$ 194.670 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/11/12 | \$ 249.177 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/11/12 | \$ 37.937 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 481.784 |

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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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.

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



LUIS EDUARDO ROJAS RINCON
PS_1413_2025_C62AA8

LUIS EDUARDO ROJAS RINCON
CC: 79804508

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA
PS_1413_2025_C62AA8

YAMILE CANO HERRERA
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
PS_1413_2025_C62AA8

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 79804508 | LUIS EDUARDO ROJAS RINCON | | Cra 10F # 34 - 81 sur | 6014915554 | luedror@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 12/11/2025 | 91435795 | \$582.200 | |

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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 235.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 235.200 | 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 | |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 301.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 301.100 | 1 | |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 45.900 | | | | 45.900 | 0 | 0 | 45.900 | | | 459 | 45.900 | 1 |

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

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 235.200 | 235.200 |
| Pensión | 1 | 301.100 | 301.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 45.900 | 45.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 582.200 | 582.200 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 79804508 | LUIS EDUARDO ROJAS RINCON | | Cra 10F # 34 - 81 sur | 6014915554 | luedror@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 | | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC | |
| | | | | | 1 | 0 | |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 12/11/2025 | 91435795 | \$582.200 | | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------|------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|-----|------|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MAA | ASAP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 79804508 | ROJAS RINCON LUIS EDUARDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.881.600 | 301.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.881.600 | 235.200 | 14-11 | 1.881.600 | 3 | 45.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 79804508 | LUIS EDUARDO ROJAS RINCON | | Cra 10F # 34 - 81 sur | 6014915554 | luedror@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 10/12/2025 | 92268716 | \$582.200 | |

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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 235.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 235.200 | 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 |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 301.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 301.100 | 1 |

TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 45.900 | | | | 45.900 | 0 | 0 | 45.900 | | | 459 | 45.900 | 1 |

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud | 1 | 235.200 | 235.200 |
| Pensión | 1 | 301.100 | 301.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 45.900 | 45.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 582.200 | 582.200 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 79804508 | LUIS EDUARDO ROJAS RINCON | | Cra 10F # 34 - 81 sur | 6014915554 | luedror@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 | | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC | |
| | | | | | 1 | 0 | |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | | | | | \$582.200 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------|---------|------------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|-----|------|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MAA | ASAP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 79804508 | ROJAS RINCON LUIS EDUARDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.881.600 | 301.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.881.600 | 235.200 | 14-11 | 1.881.600 | 3 | 45.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA