

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------|--------------|---------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                        | Versión             |              | 3             |                            |  |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                             |                                 |                        | Fecha de aprobación |              | 2/15/2018     |                            |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                        | Código:             |              | 04-02-FO-0002 |                            |                                                                                     |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | YEISON STEVEN ROJAS SIACHOQUE   |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             | C.C                             | X                      | C.E                 | No.          |               | 1026276505                 |                                                                                     |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                             | yeison_steven@hotmail.com       |                        |                     | CELULAR:     |               | 3 1 4 3 7 5 5 5 4          |                                                                                     |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                 |                        |                     | SUBRED       |               |                            |                                                                                     |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | PIC VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA |                        |                     | SEDE:        |               | SUBRED                     |                                                                                     |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                           |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32           | 100                         |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DE BOGOTA   |                             |                                 |                        | TIPO DE CUENTA:     |              | AHORRO        |                            |                                                                                     |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             | 92408558                        |                        |                     |              | PENSIONADO    |                            | NO                                                                                  |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3434                        |                                 |                        | VIGENCIA            |              |               | 2026                       |                                                                                     |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 931               | FECHA                       | 2026-04-15<br>15:59:53.000      |                        | NÚMERO DE CRP       | 16681        | FECHA         | 2026-04-27<br>00:00:00.000 |                                                                                     |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                             | DESDE                           | FECHA INICIAL          |                     | HASTA        | FECHA FINAL   |                            |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 | 2026-04-01             |                     |              | 2026-04-30    |                            |                                                                                     |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                 |                        | \$5,483,200         |              |               |                            |                                                                                     |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                         |                                 | RESERVA DE GLOSA 0%    |                     |              | N/A           |                            |                                                                                     |  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                                 |                        |                     | VALORES      |               |                            |                                                                                     |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                 |                        |                     | \$14,073,547 |               |                            |                                                                                     |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                        |                     | \$8,224,800  |               |                            |                                                                                     |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                             |                                 |                        |                     | \$5,483,200  |               |                            |                                                                                     |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                        |                     | \$0          |               |                            |                                                                                     |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |                                 |                        |                     | \$5,848,747  |               |                            |                                                                                     |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                 |                        |                     | 58%          |               |                            |                                                                                     |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC    |                                 | APORTE PENSION 16% IBC |                     | NIVEL ARL    | APORTE ARL    | TOTAL APORTES              |                                                                                     |  |
| 73608060                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,096,640       | \$137,080                   |                                 | \$175,462              |                     | 3            | \$26,714      | \$339,257                  |                                                                                     |  |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| <p style="text-align: center;">MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br/>52744682<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                   |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>                                                                                                      |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |
| <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                     |                   |                             |                                 |                        |                     |              |               |                            |                                                                                     |  |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES                                                                                                                                         | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo N° 6 “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Informes de gestion, se realizan los fortalecimientos }, cruces de las bases mpox y etv, tableros de control.                                       | atendidos. Cada aspecto fue revisado y ajustado para asegurar que se cumplieran los criterios específicos indicados, manteniendo la coherencia y precisión en el desarrollo de las tareas asignadas.                                                                                                                                                                   |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Asistencia a Jornadas designadas por al secretaria de salud en este mes mpox, asisitio a los diferentes reuniones de area porgramadas por la subred | Se asiste a las jornadas programadas de acuerdo con lo establecido, participando activamente en cada una de ellas y cumpliendo con los horarios y actividades previstas. Esta asistencia asegura el seguimiento continuo de los temas abordados y el cumplimiento de los objetivos definidos para cada jornada.                                                        |
| Desarrollar acciones de control social, Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                     | Actas de fortalecimientos a UPGD                                                                                                                    | Se realiza la demanda inducida de vacunación, así como actividades el crecimiento y desarrollo infantil, y otros temas de salud pública, conforme a las directrices establecidas. Estas acciones se llevan a cabo de manera coordinada, promoviendo la sensibilización y la participación de la comunidad en temas clave para la salud y el bienestar de la población. |
| Realizar seguimiento a las acciones operativas, indicadores, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                                                            | Actas de fortalecimientos y correos de retroalimentación a las UPGD                                                                                 | Realizar fortalecimientos a las UPGD, la notificación de evento de interes en salud publica                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Acta de asistencia generadas por las entidades.                                                                                                     | Se asiste de manera puntual a las reuniones convocadas tanto desde el nivel local como central, garantizando una comunicación fluida y efectiva entre las diferentes instancias. Estas reuniones permiten coordinar acciones, compartir avances y tomar decisiones conjuntas para el cumplimiento de los objetivos establecidos en los diversos programas y proyectos. |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Actas de revisiones, fortalecimientos,IEC, Gestion de la informacion con sus soportes                                                               | Se alistan los soportes de auditoría conforme a lo acordado por la líder, asegurando que toda la documentación requerida esté completa, organizada y lista para su revisión. Este proceso se lleva a cabo con precisión y puntualidad, siguiendo las directrices establecidas para garantizar la transparencia y el cumplimiento de los estándares de auditoría.       |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Envío de solicitud de ajustes a todas las UPGD                                                                                                      | Se informa sobre las novedades personales de manera oportuna y clara, manteniendo una comunicación abierta y transparente. Esto asegura que todas las partes involucradas estén al tanto de cualquier cambio o situación relevante, permitiendo una adecuada gestión y toma de decisiones.                                                                             |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Informes de fortalecimientos, envio de correos de gestion de la informacion.                                                                        | Se alistan los soportes de auditoría conforme a lo acordado por la líder, asegurando que toda la documentación requerida esté completa, organizada y lista para su revisión. Este proceso se lleva a cabo con precisión y puntualidad, siguiendo las directrices establecidas para garantizar la transparencia y el cumplimiento de los estándares de auditoría.       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                        | Drive con cronograma                                                      | Se porta adecuadamente la chaqueta y el carné institucional en todo momento, cumpliendo con las normas de presentación establecidas. Esto refleja un compromiso con la imagen institucional y facilita la identificación en los diferentes contextos laborales y oficiales.                                                                                               |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                      | Soporte en físico de los formatos recogidos en las IEC Y Fortalecimientos | Se realiza la gestión documental de los formatos de firmas recogidos en las IEC (Indicaciones Específicas de Cumplimiento), organizándolos de manera adecuada y siguiendo los procedimientos establecidos. Esto garantiza su correcta conservación, fácil acceso y cumplimiento de las normativas vigentes para asegurar la transparencia y trazabilidad de los procesos. |
| Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. | cumplimiento de políticas de tratamientos de datos                        | Se guarda confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.       |
| Realizar seguimiento operativo en campo para verificación de cumplimiento de las actividades contractuales de los OPS de su entorno; así como la correcta aplicación de los acuerdos contractuales, con el fin de garantizar la adecuada ejecución del contrato, de conformidad con los términos legales, presupuestales y contractuales vigentes.                         | NO APLICA                                                                 | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto de este. .                                                                                                                                                                                                           | Se usa adecuadamente los EPP, se llena registro semanal                   | Se da buen uso a los elementos entregados por la institución, asegurando su correcta conservación y aprovechamiento. Esto refleja un compromiso con el cuidado de los recursos proporcionados, garantizando su funcionalidad y disponibilidad para las actividades correspondientes.                                                                                      |
| <p style="text-align: center;">MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br/>52744682<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                           |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

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

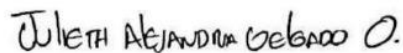
**DEBE A:**  
**YEISON STEVEN ROJAS SIACHOQUE**  
**CC 1026276505 DE BOGOTA**

La suma de \$5.483.200 cinco millones cuatrocientos ochenta y tres mil doscientos. por concepto de servicios como Profesional Especializado 4 en el entorno VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA durante el periodo de 01 al 30 de ABRIL de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3434-2026.



YEISON STEVEN ROJAS SIACHOQUE  
CC 1026276505 DE BOGOTA  
CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA  
NUMERO. 092408558

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes **ABRIL 2026** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



---

**Julieth Alejandra Delgado Ospina**  
**Líder de Proceso**  
**Vigilancia en Salud Pública**



---

**LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO**  
**Referente Vigilancia en Salud Pública**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1026276505        | YEISON STEVEN ROJAS SIACHOQUE |        | CL10 #80 F 40 | 3143755554         | YEISON_STEVEN@HOTMAIL.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 (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 73608060        | 09/04/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                            | I               | \$0                       | \$317.800          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 128.100                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 3         | 300                   | 0              | 128.400       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 163.900                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 3         | 400                   | 0              | 164.300       | 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 | 25.000                 |                  |       |                        | 25.000                | 3         | 100                   | 25.100              |                            |                     | 250               | 25.100        | 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                    | 3         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 3         | 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                              | 128.100                             | 128.400       |
| Pensión                | 1                              | 163.900                             | 164.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 25.000                              | 25.100        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 317.000                             | 317.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1026276505        | YEISON STEVEN ROJAS SIACHOQUE |        | CL10 #80 F 40 | 3143755554         | YEISON_STEVEN@HOTMAIL.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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 73608060        | 09/04/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$0                      | \$317.800          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                  |  |           |       |            |                  |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |            |             |           |      |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |      |                           |              |           |      |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|-----------|-------|------------|------------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|------------|-------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|--------------|-----------|------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                  |  |           |       |            |                  | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |            | SALUD       |           |      |            | RIESGOS LABORALES      |                         |                                      |                                       | CCF      |           |      |                           | PARAFISCALES |           |      |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres              |  | Cotizante | Salud | Extranjero | Columna anterior | Exonerado             | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | USP | SJA | ICE | LMA     | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL     | IBC ARL   | Días | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |
| 1                     | CC<br>1026276505                      | ROJAS SIACHOQUE YEISON<br>STEVEN |  | 59        | 0     |            |                  | N                     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |            | 25-14       | 1.024.333 | 14   | 163.900    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS008   | 1.024.333 | 14   | 128.100                   | 14-11        | 1.024.333 | 14   | 3          | 25.000        |         | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 |

PAGADA