

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                  |         |              |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                  |         |              |                  |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                                  |         |              |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                | NORELA CAROLINA MONROY RODRIGUEZ |                                                  |         | CC:          | 23755494         |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                 | norelacarolina2007@hotmail.com   |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3114732269       |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                | KR 68 56 12 SUR                  |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA           |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                            | BANCO DAVIVIENDA S.A.            | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 0550488414022746 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                  |         |              |                  |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                    | PS 3154 2026                     | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 6.475.300 |                  |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                            | 2026/02/13                       | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |                  |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                            | DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30     |                                                  |         |              |                  |
| <div><div>NORELA CAROLINA MONROY RODRIGUEZ<br/>PS_3154_2026_E3FD11</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>NORELA CAROLINA MONROY RODRIGUEZ<br/>CC: 23755494<br/>CEL: 3114732269</div> |                                  |                                                  |         |              |                  |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
NORELA CAROLINA MONROY RODRIGUEZ

CON C.C N° 23.755.494

|                      |                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO APH 8523636-2025 |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                |                                           |              |
|-------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|--------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3154 2026   | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2026/02/13   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 25.668.911  | No. HORAS EJECUTADAS                      | 170          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 38.281.314  | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.475.300 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | SEIS (6) MESES |                                           |              |

|                                               |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SAN BLAS              |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE ESE PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN INHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE ( REGISTRO EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2    | REALICÉ LAS ACCIONES MÉDICAS QUE REQUIRIERON LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTÉ SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS, DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (REGISTROS DE ATENCIONES Y REGISTROS DE ATENCIONES FALLIDOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX |
| 3    | ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO FUERON REQUERIDAS. RESPONDÍ Y ASISTÍ A LAS CITACIONES DERIVADAS DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SDQS, NOVEDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES GENERADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4    | TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLIERAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS). (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 5    | GARANTICÉ EL CORRECTO USO, CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LOS MEDICAMENTOS, REALIZANDO LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, CUANDO SE ENCUENTREN PRÓXIMOS A VENCER, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA, CADA VEZ QUE LA MÓVIL QUEDÓ NO OPERATIVA O SE TERMINO EL TURNO EN FORMA ANTICIPADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6    | PROPUCÉ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y BUEN DESEMPEÑO DEL PERSONAL DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7    | REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE FUERON INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO DEL CONVENIO APH.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 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 <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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nº 92847382 - 91847042                                                                                                                                                                                                                           | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                          | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FAMISANAR                                                                                                                                                                                                                                        | 2026/06/22    | \$ 376.900   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                                     | 2026/06/22    | \$ 482.400   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SURA                                                                                                                                                                                                                                             | 2026/06/22    | \$ 0         |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |               | \$ 859.300   |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de 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                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div>NORELA CAROLINA MONROY RODRIGUEZ</div><div>PS_3154_2026_E3FD11</div><div>NORELA CAROLINA MONROY RODRIGUEZ</div><div>CC: 23755494</div></div>        |               |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</div><div>PS_3154_2026_E3FD11</div><div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |               |              |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |        |                        |                    |                                |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|------------------------|--------------------|--------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                         |
| CC                  | 23755494          | NORELA CAROLINA MONROY RODRIGUEZ |        | CR 56 161 94 CASA 2702 | 1000000            | norelacarolina2007@hotmail.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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| 91847042             | 12/06/2026                        | 92847382        | 22/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | N               | \$0                      | \$32.800           |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 14.400                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 14.400        | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |  | 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 |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria |  |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 18.400                 |  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 18.400        | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |        |     |                        |  | Incapacidades    |       | Aportes Otros | Valor Neto | Días | Valor Mora | Subtotal   | No. Radicado  | Valor Saldo a | Fondo       | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------------------|--------|-----|------------------------|--|------------------|-------|---------------|------------|------|------------|------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria |  |                  |       | Sistemas      | Cotización | Mora | Cotización | Cotización | Saldo a Favor | Favor         | Solidaridad |               |               |
|                           |        |     |                        |  | No. Autorización | Valor |               |            |      |            |            |               |               |             |               |               |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |     |              |
|---------------|--------|--|--|--|-----|--------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT | Valor Aporte |
|               |        |  |  |  |     |              |

| 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                              | 14.400                              | 14.400        |
| Pensión                | 1                              | 18.400                              | 18.400        |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 2                              | 32.800                              | 32.800        |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |        |                        |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 23755494          | NORELA CAROLINA MONROY RODRIGUEZ |        | CR 56 161 94 CASA 2702 | 1000000            | norelacarolina2007@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 |
| 91847042             | 12/06/2026                        | 92847382        | 22/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | N               | \$0                      | \$32.800           |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                                  |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |            | SALUD    |           |      | RIESGOS LABORALES |                     |                      |                                | CCF                             |          |           |      | PARAFISCALES           |          |         |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------|-------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|---------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres              | Cotizante | Salud po | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAF | TAP | UPP | VGP | SEN | ICE | LVA     | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Días | Cotización        | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |   |   |   |   |
| 1                     | CC 23755494                     | MONROY RODRIGUEZ NORELA CAROLINA | 3         | 0        |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |         |     |     |     |     |            | 25-14    | 3.015.000 | 30   | 482.400           | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017   | 3.015.000 | 30   | 376.900                |          | 0       | 0    |                 | 0          |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

|                          |                                              |                                              |           |                           |                         |
|--------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PS 3154 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026..pdf | PS 3154 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026..pdf | Comprador | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 3154 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf   | PS 3154 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf   | Comprador | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Volver

Borrar

Cargar nuevo

Imprimir

Modificar

<

>

Documento del contrato cargado