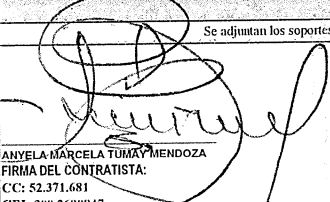


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br/>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br/>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                      | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 1<br>FECHA: 2024-09-09 |                                    |
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| CON C.C N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                      | 52.371.681                                              |                                    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E                                                                             |                                                         |                                    |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                                                                                                        | PS 5602 2024                                                                                                                                                                                                                                                         | FECHA INICIO CONTRATO                                   | 13/11/2024                         |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 6.229.440,00                                                                                                                                                                                                                                                      | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO                              | UN MES (1) MES DIECIOCHO (18) DIAS |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$                                                                                                                                                                                                                                                                   | VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:               | \$ 3.893.422                       |
| N° DE INFORME:                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2                                                                                                                                                                                                                                                                    | N° CRP:                                                 | 47604                              |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                                                                                                  | CERO (0) MESES                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                    |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                                                                                                   | SA SEDE ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                    |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                    |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0                                                                                                                                                                                                                                                                    | TIPO DE MODIFICACIÓN                                    | ADICIONES                          |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                 |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                 |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                 |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                 |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                 |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                 |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                 |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                 |
| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| N° DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                  | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                               | N/A                                |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                                                                                           | FECHA DE APROBACIÓN:                                    | N/A                                |
| IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realizó gestión de la cartera de las EPS y entes territoriales del cobro para recuento de los valores libres para pago, con evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.                                                      |                                                         |                                    |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realizó actualización de la matriz de saldos de 22 procesos de cobro conativo de entidades asignadas, con evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.                                                                        |                                                         |                                    |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realizó seguimiento y respuesta a la circularización de cartas de las 35 entidades responsables de pago asignadas (Trimestralmente con corte junio 2024) evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.                         |                                                         |                                    |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realizó gestión de cobro y solicitud de soportes de las EPS y entes territoriales de valores girados mediante herramientas electrónicas y medios disponibles (EPS Capresoca-Salud Total) correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.      |                                                         |                                    |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realizó programación de citas con las entes territoriales (Nariño-Boyaca-Holivar)                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                    |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realizó gestión y trámite de correspondencia de acuerdo a requerimientos con la EPS y Entes territoriales. Evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.                                                                       |                                                         |                                    |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realizó trámites mediante cruces, aplicación de pagos o procesos de cobro de orden judicial.                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realizó visita de acuerdo al cronograma con la entidad.                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                    |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se realizó recepción de radicados de acuerdo a las entidades asignadas, consolidando físicos para el archivo según gestión (Capresoca-Salud Total)                                                                                                                   |                                                         |                                    |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se realizó actualización de los informes del área y de los procesos gestión y trámite de cartera, así como el trámite realizado antes varios entes de salud de orden departamental. Evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co. |                                                         |                                    |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se realizó actividad según programación del líder del proceso y se asiste a reuniones y capacitaciones programadas por el área.                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se realizó actividad según programación o directriz del líder del proceso.                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                    |
| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 82453248                                                                                                                                                                                                                                                             | OPERADOR:                                               | MI PLANILLA                        |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                              | FECHA DE PAGO                                           | VALOR PAGADO                       |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SANITAS                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | \$ 162.500                         |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         | \$ 208.000                         |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                           | BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | \$ 31.700                          |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         | \$ 402.200                         |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el íbc se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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)                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |
| <br>ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA<br>FIRMA DEL CONTRATISTA:<br>CC: 52.371.681<br>CEL:300 2690847                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                    |

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 5  
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

|                      |                              |           |              |
|----------------------|------------------------------|-----------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA | CC:       | 52371681     |
| CORREO ELECTRÓNICO:  | anytumy@gmail.com            | TELÉFONO: | 3002690847   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CALLE 2 No 91-11             | CIUDAD:   | Bogotá, D.C. |

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones

( X )

SI tomaré costos y deducciones

( )

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

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.

SI ( )

NO ( X )

|                          |            |                 |         |            |              |
|--------------------------|------------|-----------------|---------|------------|--------------|
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 009270306351 |
|--------------------------|------------|-----------------|---------|------------|--------------|

DATOS DEL CONTRATO O ADICIÓN Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |              |                                |            |                                                          |       |                                                 |
|--------------------------|--------------|--------------------------------|------------|----------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 5602 2024 | N° CDP:                        | 3955       | N° RP:                                                   | 47604 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :CERO(0) |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 13/11/2024   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 31/12/2024 | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$6.229.440 |       |                                                 |

PERIODO OBJETO DE COBRO:

DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024

VALOR A PAGAR  
CORRESPONDIENTE AL  
PERIODO OBJETO DE  
COBRO EN  
(LETRAS Y NÚMEROS)

DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUARENTA PESOS M/CTE

\$ 3.893.422

ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA  
C.C 52371681  
Cel: 3002690847



| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?                                                                                                                                                                                                      | SI                                                                                                                                                                                                                        | NO                                                                                                                                                                                                      | XX |
| Nº DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                                       | XX                                                                                                                                                                                                                        | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                                                                                                                                                                               | XX |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                                  | DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                                                | ACTO ADMINISTRATIVO DE                                                                                                                                                                                  | XX |
| IV. 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, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/12/2024) AL (31/12/2024) |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                         |    |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           | <br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO<br>CARGO:<br>DIRECTOR FINANCIERO                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           | <br>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ<br>PERFIL:<br>REFERENTE DE CARTERA |    |

TIPO

CC

NÚMERO

52371681

NOMBRE APORTANTE

ANYELA MARCELA TUNAY MENDOZA

DIRECCIÓN

CL 2 91-11 SUR CASA 177

TELÉFONO

6019424713

CORREO

anytuny@gmail.com

FORMA PRESENTACIÓN

UNICA

CLASE APORTANTE

I - Independiente

NOMBRE SUCURSAL

CÓDIGO

DEPARTAMENTO

BOGOTÁ D. C.

CUIDAD / MUNICIPIO

BOGOTÁ D.C.

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

NO

PLANILLA ASOCIADA

FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)

TIPO PLANILLA

FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)

NÚMERO PLANILLA

CANTIDAD EMPLEADOS

1

UPC

0

PERIODO SALUD

2024-11

PERIODO PENSIONES

2024-11

09/12/2024

82453248

TOTAL A PAGAR

\$402.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |   |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|---|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       |   |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |   |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 162.500                | 0             |                  | 0     | 0                   | 0     | 1 |

| TOTALES PENSION |              |             |                        |               |                            |                             |                          |                          |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsidencia | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 208.000                |               | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |             |                        |               |       |                       |           |                       |               |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|---------------|-------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades | Valor | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | No. Afiliados |
| 14-7                      | Seguros Bolívar S.A. | 860002503-2 | 31.700                 |               |       | 31.700                | 0         | 0                     | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   | TOTALES POR SUBSISTEMA |               |                                     |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|------------------------|---------------|-------------------------------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar          | No. Afiliados | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               | TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             | Salud                  | 1                              | 162.500                             | 162.500       | 1             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             | Pensión                | 1                              | 208.000                             | 208.000       | 1             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             | Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.700        | 1             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             | CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             | ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             | ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             | MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             | SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
|                      |           |                   |               |               | TOTALES                | 3                              | 402.200                             | 402.200       | 402.200       |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                                 |                            |              |                                           |  |
|-----------------------|--------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------|-------------------------------------------|--|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE                | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO     | CORREO                                    |  |
| CC                    | 52371681           | ANYELA MARCELA TUNAY<br>MENDOZA | CL 2 91-11 SUR CASA<br>177 | 5019424713   | anyluny@gmail.com                         |  |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL              | CÓDIGO                     | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO                        |  |
| ÚNICA                 | 1 - Independiente  |                                 |                            | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.                               |  |
|                       |                    |                                 |                            |              | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |  |
|                       |                    |                                 |                            |              | NO                                        |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                |               |                       |                 |            |
|----------------------|--------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------|------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES              |               |                       |                 | EMPL-EADOS |
| 2024-11              | 2024-11                        | I             | 09/12/2024            | 82453248        | 1          |
| TOTAL A PAGAR        |                                |               |                       |                 | 0          |
|                      |                                |               |                       |                 | \$402.200  |

[illegible]