

PAGADA 23/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                           |  |  |  |  |                |                       |  |  |  |  |  |
|---------------------|---------------------------|--|--|--|--|----------------|-----------------------|--|--|--|--|--|
| Razón Social        | MYRIA CLAVER MICAN ROMERO |  |  |  |  |                |                       |  |  |  |  |  |
| Documento           | CC53068989                |  |  |  |  | Dirección      | CL 102A SUR #9 B - 24 |  |  |  |  |  |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE             |  |  |  |  | Teléfono       | 3115358901            |  |  |  |  |  |
| Tipo Persona        | NATURAL                   |  |  |  |  | Forma          | ÚNICO                 |  |  |  |  |  |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.               |  |  |  |  | Departamento   | BOGOTA D.C.           |  |  |  |  |  |
| Representante Legal |                           |  |  |  |  | Identificación |                       |  |  |  |  |  |
| Total Afiliados     | 1                         |  |  |  |  | ARP            | ARL SURA              |  |  |  |  |  |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado |                           |                |                   | Novedades |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |                |             | Riesgos             |                |           | Cajas                  |             |             | Parafiscales   |                |          |                      | Total       |             |      |                   |       |     |           |
|----------------|---------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------------|-------------|---------------------|----------------|-----------|------------------------|-------------|-------------|----------------|----------------|----------|----------------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|-----|-----------|
| Identificación | Apellidos y Nombres       | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP       | Dias AFP | Dias EPS | Dias CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión      | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud           | Tarifa      | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja          | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |     |           |
| CC 53068989    | MYRIA CLAVER MICAN ROMERO | 59             | 0                 |           |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           | 0        | 30       | 30       | 30             | 0           | (230201) PROTECCION | \$2,216,000    | \$354,600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | \$2,216,000 | \$277,000   | 2.436          | \$2,216,000    | \$54,000 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$0         | \$0         | \$0  | \$0               | \$0   | \$0 | \$685,600 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud   | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, licen-<br>cias, saldos a Favor)<br>EPS | Incapacidades<br>ARP | SUBTOTAL SIN<br>INTERESES DE<br>MORA | TOTAL<br>INTERESES<br>DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------|
| \$2,216,000 | \$2,216,000 | \$2,216,000 | \$0       | \$354,600       | \$277,000     | \$54,000        | \$0           | \$0          | \$0          | \$0          | \$0                   | \$0                                                    | \$0                  | \$685,600                            | \$600                         | \$686,200   |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder  
de lo SIMPLE!

Simple

PAGOSIMPLE | Prefectura

Fecha creación reporte: 2025-05-24, 09:50:26 AM Tipo Planilla: N: PLANILLA CORRECCIONES

Nro Planilla Corregida: 1072880369

Periodo Cotización: abril de 2025

Periodo Servicio: abril de 2025

Referencia pago (PIN): 8823163047

Fecha limite de pago: 2025-05-22

GUARDADA 24/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                           |                    |                       |                 |   |
|---------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|---|
| Razón Social        | MYRIA CLAVER MICAN ROMERO |                    |                       |                 |   |
| Documento           | CC53068989                | Dirección          | CL 102A SUR #9 B - 24 |                 |   |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE             | Teléfono           | 3115358901            |                 |   |
| Tipo Persona        | NATURAL                   | Forma Presentación | ÚNICO                 | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.               | Departamento       | BOGOTA D.C.           |                 |   |
| Representante Legal |                           | Identificación     |                       |                 |   |

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                           |                |                   | Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |     |         | Riesgos |         |         | Cajas          |             |                |                | Parafiscales |              |                |             | Total          |                |          |             |             |             |      |                   |          |
|--------------------|---------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|---------|---------|---------|---------|----------------|-------------|----------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------------|----------------|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|----------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres       | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | TDE | TAE | TAP | TSP | VSP | VCT | VST | ISE | LMA       | VAC | AVP | VCT   | IRP | Dis APP | Dis EPS | Dis AFP | Dis CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud    | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total    |
| CC 53068989        | MICAN ROMERO MYRIA CLAVER | 59             | 00                |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       |     |         |         |         |         | PROTECCION     | \$ 15.600   | \$ 2.500       | FAMISANAR EPS  | \$ 15.600    | \$ 2.000     | ARL SURA       | \$ 15.600   | \$ 400         | NINGUNA CCF    | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 4.900 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes SENA | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------------|-------------|-------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|-----------------|-------------|
| \$ 15.600   | \$ 15.600 | \$ 15.600   | \$ 0      | \$ 2.500        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 2.000      | \$ 400          | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                             | \$ 0              | \$ 4.900                  | \$ 300          | \$ 5.200    |

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora

15

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio



8888231630470000000991231

Periodo cotización salud

| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
|       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito



(415)7709998485884(8020)8823163047(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii - ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: <https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/>

Página 1 de 1

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

 **Scotiabank**

 **COLPATRIA**

CORRESPONSAL BANCARIO  
SCOTIABANK COLPATRIA

Puntored no te cobra por esta transacc:

Pago de facturas

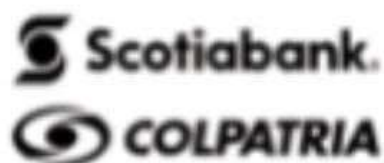
TRANSACCIÓN EXITOSA

|               |                               |
|---------------|-------------------------------|
| Fecha         | 23/05/2025                    |
| Hora          | 15:42:20                      |
| Terminal      | 322174                        |
| Conve         | PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE |
| Cod. Convenio | 0408                          |
| Referencia    | 8823159969                    |
| Valor         | \$686,200                     |
| Transacción   | 001177398887                  |
| Usuario       | LUIS ALFREDO GRACIA GARAVITO  |

Línea de atención personalizada en Bogotá  
3487881 Resto del País: 01 8000 960 501

Aquí también puede pagar su tarjeta de  
credito y creditos de consumo del Banco  
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



CORRESPONSAL BANCARIO

SCOTIABANK COLPATRIA

Puntored no te cobra por esta  
transacción

Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

|                  |                                  |
|------------------|----------------------------------|
| Fecha            | 24/05/2025                       |
| Hora             | 09:51:44                         |
| Terminal         | 382347                           |
| Convenio         | PILA PLANILLA<br>ASISTIDA SIMPLE |
| Cod.<br>Convenio | 0408                             |
| Referencia       | 8823163047                       |
| Valor            | \$5,200                          |
| Transaccion      | 001177772370                     |
| Usuario          | ALEJANDRA<br>MARTINEZ CADENA     |

.....

Línea de atención  
personalizada en Bogotá:  
3487881 Resto del País: 01  
8000 960 505

Aquí también puede pagar su  
tarjeta de  
credito y creditos de consumo  
del Banco

Scotiabank Colpatria  
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA  
VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE  
COLOMBIA



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contr...](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

**VER CONTRATO**

**Ejecución del Contrato**

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

| Descripción                                                 | Nombre del archivo                 | Cargado por |                           |                         |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| CTADICIEMBRE2024 CC53068989.pdf<br>(Archivado)              | CTADICIEMBRE2024 CC53068989.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CTAENERO15692025<br>CC53068989.pdf | CTAENERO15692025<br>CC53068989.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CTAFEB15692025CC53068989.pdf       | CTAFEB15692025CC53068989.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| CTAMARZO15692025CC53068989.pdf<br>(Archivado)               | CTAMARZO15692025CC53068989.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CTAMAR15692025CC53068989.pdf       | CTAMAR15692025CC53068989.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

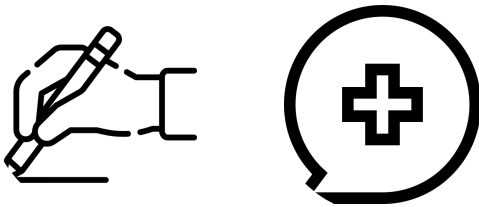
<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER INFORME DE ACTIVIDAD

[Inicio](#) / [Contratacion](#) / [Informe Actividades](#) / Ver Informe de Actividad



[Regresar](#)



| DATOS DEL INFORME                   |                                          |                                                                             |                                      |                                           |                 |                    |                               |
|-------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|
| Periodo a Certificar:               | Desde:                                   | 2025-04-01                                                                  | Hasta:                               |                                           | 2025-04-30      |                    |                               |
| Nombre del Contratista:             | MYRIA CLAVER MICAN ROMERO                |                                                                             |                                      | Número de Documento:                      |                 | 53068989           |                               |
| Correo Electrónico:                 | myria.mican@unillanos.edu.co             |                                                                             |                                      | Número telefónico:                        |                 | 3115358901         |                               |
| Nombre del supervisor:              | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA       | Cargo:                                                                      | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD |                                           | Código - Grado: | 242-25             |                               |
| DATOS DEL CONTRATO                  |                                          |                                                                             |                                      |                                           |                 |                    |                               |
| No. Contrato:                       | 1569-2025                                | Año Contrato:                                                               | 2025                                 | CDP Contrato Inicial:                     |                 | 1                  |                               |
| Perfil:                             | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC          |                                                                             |                                      |                                           |                 |                    |                               |
| Dirección a la que Pertenece:       | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |                                                                             |                                      |                                           |                 |                    |                               |
| Unidad de Servicios:                | SALUD PÚBLICA                            |                                                                             |                                      |                                           |                 |                    |                               |
| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS            |                                          |                                                                             |                                      |                                           |                 |                    |                               |
| Centro de Costos                    | Rubro Presupuestal                       | Unidad                                                                      | Número Horas                         | Número Horas Adicionales                  | Valor Hora      | Total              | Procetaje(%) Centro de Costos |
| K33PI                               | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                               | 184                                  | 15                                        | 28038           | 5579562            | 111.6%                        |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:        | 5579562                                  | CINCO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOSPESOS |                                      |                                           |                 |                    |                               |
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                                          |                                                                             |                                      |                                           |                 |                    |                               |
| Fecha de Inicio del Contrato        |                                          | 2025-01-02                                                                  |                                      | Fecha de Terminación Inicial del Contrato |                 | 2025-07-23         |                               |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio                             | Fecha Terminación                                                           | No. Adición                          | Valor Adición                             |                 | CDP                |                               |
| 1                                   | 2025-04-21                               | -                                                                           | 1                                    | 1502358                                   |                 | 711                |                               |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |                                          | Mes Cuenta de Cobro                                                         |                                      | Valor a Pagar                             |                 |                    |                               |
| 1                                   |                                          | ENERO                                                                       |                                      | 4997624                                   |                 |                    |                               |
| 2                                   |                                          | FEBRERO                                                                     |                                      | 4997624                                   |                 |                    |                               |
| 3                                   |                                          | MARZO                                                                       |                                      | 5486522                                   |                 |                    |                               |
| 4                                   |                                          | ABRIL                                                                       |                                      | 5579562                                   |                 |                    |                               |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO          |                                          | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                    |                                      | PAGOS REALIZADOS                          |                 | SALDO DEL CONTRATO |                               |
| 33817161                            |                                          | 35319519                                                                    |                                      | 21061332                                  |                 | 14258187           |                               |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                              | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                          |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                       | 1. Planear y concertar el plan de acción en los entornos cuidador educativo, institucional y comunitario y laboral                                                                                                                                                                                                                            | - Reuniones de equipo para planear las actividades con los diferentes entornos Reuniones de concertación con orientadores y coordinadores de los planteles educativos                                                   | -Actas de reunión y de planeación                                                             |
| 2                                                       | 2. Implementar las acciones en la ruralidad para los entornos cuidador educativo, institucional, comunitario y laboral                                                                                                                                                                                                                        | -Realizar actividades con estudiantes y docentes - Realizar actividades                                                                                                                                                 | -Fichas de sesiones colectivas comunitario y educativo Fichas metodológicas, diarios de campo |
| 3                                                       | 3. Realizar sesiones con escolares                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -Actividades sobre tenencia responsable de mascotas, flora y fauna, con diferentes ciclos educativos                                                                                                                    | - Fichas de sesiones colectivas, actas de concertación                                        |
| 4                                                       | 4. Realizar sesiones de evaluación del plan de cuidado escolar                                                                                                                                                                                                                                                                                | - Reuniones de equipo para mejorar o complementar el plan de cuidado escolar                                                                                                                                            | - Actas de reunión                                                                            |
| 5                                                       | 5. Realizar sesión de consolidación y entrega de resultados en el entorno cuidador educativo                                                                                                                                                                                                                                                  | - Reunión de equipo para evaluar resultados y entregar informes de actividades realizadas en el mes                                                                                                                     | - Acta de reunión                                                                             |
| 6                                                       | 6. Implementar las sesiones grupales de seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, salud mental, discapacidad,                                                                                                                                                                                                         | -Realización de actividades en los nodos de salud ambiental cuencas rio Blanco y rio Sumapaz                                                                                                                            | - Fichas metodológicas, diarios de campo, fichas de sesiones colectivas                       |
| 7                                                       | 7. Generar información requerida para realizar los reportes solicitados por Secretaria Distrital de Salud y Subred sur.                                                                                                                                                                                                                       | - Plasmar la información de las acciones realizadas en las matrices solicitadas por las entidades                                                                                                                       | - Matrices en salud ambiental reportadas                                                      |
| 8                                                       | 8. Asistir y participar activamente en los espacios convocados por parte de la Subred (reunión de equipo, ULC, etc.) y los espacios convocados por la Secretaría Distrital de Salud                                                                                                                                                           | - Reuniones de equipo para planear y evaluar desempeño. - Reuniones virtuales de capacitación y asistencia técnica                                                                                                      | - Listas de asistencia, actas de reunión                                                      |
| 9                                                       | 9. Realizar la canalización sectorial a través de las unidades de atención de la localidad y otras EAPB en formato establecido por la SDS; asimismo, realizar el seguimiento a la efectividad de las canalizaciones.                                                                                                                          | - No aplica                                                                                                                                                                                                             | - No aplica                                                                                   |
| 10                                                      | 10. Realizar la canalización intersectorial según las necesidades identificadas en el trabajo desarrollado por el equipo integral de ruralidad, en los diferentes contextos en que se desenvuelve la población, presentando informe mensual de seguimiento a la efectividad de las canalizaciones, con análisis de respuesta de la localidad. | -No aplica                                                                                                                                                                                                              | -No aplica                                                                                    |
| 11                                                      | 11. Realizar la canalización sectorial a través de las unidades de atención de la localidad y otras EAPB en formato establecido por la SDS; asimismo, realizar el seguimiento a la efectividad de las canalizaciones.                                                                                                                         | - No aplica                                                                                                                                                                                                             | - No aplica                                                                                   |
| 12                                                      | 12, Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.                                                                                                                                                                                                                              | - Trabajo administrativo, revisión de formatos entregables y entrega a GESI                                                                                                                                             | - Carpetas de educativo, comunitario y salud pública con formatos diligenciados               |
| 13                                                      | 13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales                                                                                                                                                                                                                                          | - Sensibilización en tenencia responsable de mascotas cuenca río Sumapaz - Sensibilización manejo de excretas y jornada de vacunación Nazareth - Reciclatón cuenca río Sumapaz - Unidades demostrativas (Lombricultivo) | -Registro fotográfico, fichas de sesiones colectivas                                          |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |       |               |     |     |                                                                           |                     |                                                  |                             |  |                |
|---------------------------------------------------------|-------|---------------|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------|--|----------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |       | Fecha de Pago |     |     | Número de Planilla                                                        | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | 5486522                     |  |                |
| AÑO                                                     | MES   | AÑO           | MES | DÍA | 1071965896                                                                | -                   |                                                  |                             |  |                |
| 2025                                                    | MARZO | 2025          | 04  | 14  |                                                                           |                     |                                                  |                             |  |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |               |     |     | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTIDOSPESOS |                     |                                                  |                             |  |                |
| Item                                                    |       |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                   |                     | Ingreso Base de Cotización                       | Valor Mínimo de los Aportes |  | Valor Aportado |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL |                  |             |                                                   |         |                  |
|------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------|---------|------------------|
| Pensionado                               | NO               | PROTECCIÓN  | 2194609                                           | 351137  | 352000           |
| Salud                                    |                  | FAMISANAR   |                                                   | 274326  | 275000           |
| ARL                                      | 3                | SURA        |                                                   | 53461   | 53600            |
| Caja de Compensación                     | NO               |             | Total                                             | 678924  | 680600           |
| Tipo de pago                             |                  | MES VENCIDO | 1745707933 - Planilla Seguridad Social - 53068989 |         |                  |
| INFORMACIÓN DE PAGO                      |                  |             |                                                   |         |                  |
| Entidad Bancaria                         | BANCOLOMBIA S.A. |             | Tipo de Cuenta                                    | AHORROS | Número de Cuenta |
|                                          |                  |             |                                                   |         | 80200023882      |