

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
|                                                                                                                                                                                          |                          | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                  | CO-OPS-FT-11 V6                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| DATOS DEL INFORME                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| Periodo a Certificar:                                                                                                                                                                                                                                                    | Desde:                   | 01-nov.-21                                       | Hasta:                                             | 30-nov.-21                |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| Nombre del Contratista:                                                                                                                                                                                                                                                  | DANILO JOSE DIAZ LEON    |                                                  | Cédula:                                            | 1140889808                |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| Correo Electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                      | danilodiazleon@gmail.com |                                                  | Teléfono(s):                                       | 3046258569                |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| Nombre del Supervisor - Planta:                                                                                                                                                                                                                                          | SHIRLEY CUEVAS DUARTE    |                                                  | Cargo:                                             | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Código-Grado:                      |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| Nombre del Supervisor - Contratista:                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                  | Perfil                                             |                           | No. CTO:                           |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| Apoyo técnico a la supervisión - Planta:                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                                  | Cargo:                                             |                           | Código-Grado:                      |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                                  | Perfil                                             |                           | No. CTO:                           |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| DATOS DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| NO CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                             | 1371-2021                | Año Contrato:                                    | 2021                                               | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 72                                 |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| PERFIL:                                                                                                                                                                                                                                                                  | MEDICO GENERAL           |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE:                                                                                                                                                                                                                                            | DIRECCION DE URGENCIAS   |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| UNIDAD DE SERVICIOS :                                                                                                                                                                                                                                                    | USS TUNAL                |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                | UNIDAD                   | CENTRO DE COSTOS                                 | CANT HORAS ESTANDAR                                | CANT HORAS ADICIONALES    | VALOR HORA                         | TOTAL                           | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| DIRECCION DE AMBULATORIOS                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| DIRECCION DE URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="#">Ocultar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| URG OBSERVACION - USS EL TUNAL                                                                                                                                                                                                                                           | TUNAL                    | B02TN                                            | 180                                                |                           | \$ 33.570                          | \$ 6.042.600                    | 100,00%                         |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | \$ -                            | 0,00%                           |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | \$ -                            | 0,00%                           |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS                                                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| UCI PEDIATRICA                                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| UCI NEONATAL                                                                                                                                                                                                                                                             | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| UCI ADULTOS                                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| CONVENIO APH                                                                                                                                                                                                                                                             | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| SIRC                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | \$ -                            | 0,00%                           |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| RURALIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD                                                                                                                                                                                       | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| GESTION DEL RIESGO                                                                                                                                                                                                                                                       | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| SALUD PUBLICA PIC                                                                                                                                                                                                                                                        | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| HONORARIOS                                                                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| REMUNERACION                                                                                                                                                                                                                                                             | <a href="#">Mostrar</a>  |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                                                                                                                                                                                                             | \$                       | 6.042.600                                        | SEIS MILLONES CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| FECHA INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                    |                          | 1/02/2021                                        |                                                    |                           | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL |                                 | 30/04/2021                      |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| No. PRORROGA                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA INICIO             | FECHA TERMINACION                                | No. ADICION                                        | VALOR ADICION             | CDP                                | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | VALOR A PAGAR                   |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2021-05-01               | 2021-06-30                                       | 1                                                  | \$ 3.222.720              | 955                                | 1                               |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2021-07-01               | 2021-09-01                                       | 2                                                  | \$ 7.855.380              | 1575                               | 2                               | Febrero                         |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2021-10-01               | 2021-12-31                                       | 3                                                  | \$ 29.910.870             | 2262                               | 3                               | Marzo                           |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 4                               | Abril                           |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 5                               | Mayo                            |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 6                               | Junio                           |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 7                               | Julio                           |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 8                               | Agosto                          |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 9                               | Septiembre                      |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 10                              | Octubre                         |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 11                              | Noviembre                       |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 12                              |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    | 13                              |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| <table border="1"> <tr> <td>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</td> <td>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</td> <td>PAGOS REALIZADOS</td> <td>SALDO DEL CONTRATO</td> </tr> <tr> <td>\$ 27.191.700</td> <td>\$ 68.180.670</td> <td>\$ 61.433.100</td> <td>\$ 6.747.570</td> </tr> </table> |                          |                                                  |                                                    |                           |                                    |                                 |                                 | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO | \$ 27.191.700 | \$ 68.180.670 | \$ 61.433.100 | \$ 6.747.570 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                               | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS                                 | SALDO DEL CONTRATO                                 |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |
| \$ 27.191.700                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ 68.180.670            | \$ 61.433.100                                    | \$ 6.747.570                                       |                           |                                    |                                 |                                 |                            |                          |                  |                    |               |               |               |              |

| EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                              |                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS ( Las estipuladas en la minuta )                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION                                                                                                                   | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                     |
| 1                                                                               | Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E., de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | REALIZAR LA HISTORIA CLINICA DE INGRESO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA                                                                                           | RECIBO Y ENTREGAS DE TURNO, REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES |
| 2                                                                               | Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PARTICIPAR EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HABITOS DE LA VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA.                                                    | HISTORIA CLINICA                                                                         |
| 3                                                                               | Registrar en la historia clinica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya) | DE FORMA OPORTUNA Y CORRECTAMENTE, DILIGENCIAR LOS CERTIFICADOS Y DEMAS DOCUMENTACION QUE DEBA ENTREGAR A LOS PACIENTES Y A LA INSTITUCION CON OCASION DE LO PACTADO EN EL PRESENTE CONTRATO | HISTORIA CLINICA, FORMATO DE NOTIFICACION DE INTERES PUBLICO, LESIONES DE CAUSA EXTERNA  |

| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br><small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small> |                                                                                                                                                                                                                                                                             | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                             | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                              |  | CO-OPS-FT-11 V6                                                                          |  |
| 4                                                                                                                                                                                             | Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | VERIFICAR CONSENTIMIENTOS ESTABLECIDOS, DILIGENCIANDO Y DEBIDAMENTE FIRMADOS POR LOS PACIENTES SEGÚN CORRESPONDA PARA CADA PACIENTE.                                                                                                    |  | HISTORIA CLINICA                                                                         |  |
| 5                                                                                                                                                                                             | Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.                             | REALIZAR LA HISTORIA CLINICA DE INGRESO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA                                                                                                                                      |  | RECIBO Y ENTREGAS DE TURNO, REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES |  |
| 6                                                                                                                                                                                             | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.                                                                                                                                   | PARTICIPAR EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HABITOS DE LA VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA.                                                                                               |  | HISTORIA CLINICA                                                                         |  |
| 7                                                                                                                                                                                             | Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.                                                                                 | PRIORIZANDO LA SOLICITUD, PROCESAMIENTO Y REPORTE DE PARACLINICOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN CONJUNTO CON LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, ARTICULAR EL TRASLADO DE PACIENTES AL AREA DE CUIDADO INTERMEDIO O INTENSIVO SEGÚN SEA EL CASO |  | HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES                                              |  |
| 8                                                                                                                                                                                             | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.                                                                                                   | INFORMAR A LAS AUTORIDADES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES SOBRE LA ATENCION BRINDADA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL CONTRATANTE                                                                                                         |  | HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES                                              |  |
| 9                                                                                                                                                                                             | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                                                                           | TENIENDO EN CUENTA LA ENFERMEDAD ACTUAL, ANTECEDENTES Y COMORBILIDAD SE DETERMINARA EL RIESGO DE CAIDA, FUGA Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES                                                                                          |  | HISTORIA CLINICA                                                                         |  |
| 10                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                          |  |
| 11                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                          |  |
| 12                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                          |  |
| 13                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                          |  |
| 14                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                          |  |
| 15                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                          |  |

| INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                 |     |               |     |     |                    |                                                    |              |
|------------------------------------------------------|-----|---------------|-----|-----|--------------------|----------------------------------------------------|--------------|
| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL                        |     | FECHA DE PAGO |     |     | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR         | \$ 6.042.600 |
| AÑO                                                  | MES | AÑO           | MES | DIA |                    |                                                    |              |
| 2021                                                 | 10  | 2021          | 11  | 11  | 54652063           |                                                    |              |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS |     |               |     |     |                    | SEIS MILLONES CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS |              |

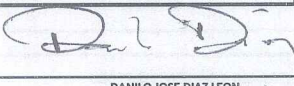
  

| ÍTEM                 | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO<br>(Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|----------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| PENSIONADO           | NO                                    | \$ 2.417.040               | \$ 386.700                  | \$ 472.300                                                                                 |
| SALUD                |                                       |                            | \$ 302.100                  | \$ 369.000                                                                                 |
| ARL                  | 3                                     |                            | \$ 58.900                   | \$ 72.000                                                                                  |
| CAJA DE COMPENSACION | NO                                    |                            | \$ 747.700                  | \$ 913.300                                                                                 |

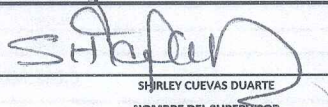
  

| INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO |                  |             |         |             |
|---------------------------|------------------|-------------|---------|-------------|
| ENTIDAD BANCARIA:         | BANCOLOMBIA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA  |
|                           |                  |             |         | 76777020842 |



DANILO JOSE DIAZ LEON  
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA  
1.140.889.808  
CC. NO. CONTRATISTA



SHIRLEY CUEVAS DUARTE  
NOMBRE DEL SUPERVISOR  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

0

2021-02-12

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                          |               |              |                           | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|--------------------------|---------------|--------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE         | DIRECCIÓN     | TÉLEFONO     | CORREO                    |                                           |
| CC                    | 1140889808         | DANILO JOSE DIAZ DE LEON | Ac 26# 73A-50 | 3046255659   | danielodiazleon@gmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL       | CÓDIGO        | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO        |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                          |               | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ / MUNICIPIO        | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |               |     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2021-10              | 2021-10                            | I             | 11/11/2021                | 54652063        | \$913.300     |     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |               |             |                        |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS008        | Compensar EPS | 860068942-7 | 369.000                |

| UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cotización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                          |                   |               |               |
| 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                        | 0                 | 369.000       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSION |              |             |                        |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Coligación Obligatoria |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 472.300                |

| Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 0         | 0                     |                | 472.300       | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                           |                                         |
|---------------------------|----------|-------------|---------------------------|-----------------------------------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades<br>No. Autorización Valor |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 72.000                    |                                         |

| Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
|                           | 72.000                   | 0            | 0                        | 72.000                 |                               |                        | 720                  | 72.000        | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |
|               |        |     |              |           |                   |               |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

## TOTALES POR SUBSISTEMA

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 369.000                             | 369.000        |
| Pensión                | 1                              | 472.300                             | 472.300        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 72.000                              | 72.000         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>913.300</b>                      | <b>913.300</b> |

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |               |              |                            |
|---------------------|-------------------|--------------------------|---------------|--------------|----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         | DIRECCIÓN     | TÉLEFONO     | CORREO                     |
| CC                  | 114089808         | DANILO JOSE DIAZ DE LEON | Ac 26# 73A-50 | 3046258569   | daniلودiazdeleon@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO        | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO         |
| UNICA               | I - Independiente |                          |               | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.               |
|                     |                   |                          |               |              | NO                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |                   |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|-------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD          |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPLAADOS 1 UPC 0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR     |
| 2021-10              | 2021-10                            | I             | 11/11/2021                | 54652063        | \$913.300         |

| ETALLE POR COTIZANTE  |                       |                          |                       |            |                       |                      |                                |                                 |          |          |                        |          |          |                 |            |            |          |            |                         |                   |             |             |            |          |          |            |              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |                    |         |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|----------|------------------------|----------|----------|-----------------|------------|------------|----------|------------|-------------------------|-------------------|-------------|-------------|------------|----------|----------|------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|--------------------|---------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                       |                          | INFORMACIÓN NOVEDADES |            |                       |                      |                                |                                 |          |          |                        |          | PENSIÓN  |                 |            |            |          | SALUD      |                         | RIESGOS LABORALES |             |             |            | CCF      |          |            | PARAFISCALES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |                    |         |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| Tipo                  | No. de Identificación | Apellidos y Nombres      | Cotizante             | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBCF EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBCF ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBCF CCF | Aporte CCF | IBCF otros parafiscales | Aporte SEHA       | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |          |          |            |              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |                    |         |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                       |                       |                          |                       |            |                       |                      |                                |                                 |          |          |                        |          |          |                 |            |            |          |            |                         |                   |             |             |            | Cód. AFP | IBCF AFP | CORRECCIÓN | INL          | VCT | VAP | SLN | NOE | LMH | VAC | TRP | TAE | TDE | RET | INC | Extranjero | Colomb. extranjero | Subtipo | Celular |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| CC                    | 114089808             | DIAZ DE LEON DANILO JOSE | 57                    | 0          | N                     |                      |                                |                                 |          |          |                        |          |          |                 |            |            |          |            |                         |                   |             |             |            |          |          |            |              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |                    |         |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | </ |

PAGADA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

9HDiSkGNm6

## La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

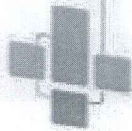
DIAZ DE LEON DANILO JOSE

1140889808

Recibió actualización en **ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON  
SUSTANCIAS QUÍMICAS** con una intensidad de 24 horas

Para constancia se firma

4 de noviembre de 2021



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur E.S.E.

  
**BOGOTÁ**

ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.



La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.  
certifica que:

DIAZ DE LEON DANILO JOSE

1140889808

Recibió actualización en **MANEJO INTEGRAL DEL DUELO** con una intensidad  
de 24 horas

Para constancia se firma

noviembre 4, 2021



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.  
certifica que:

DÍAZ DE LEON DANILO JOSE

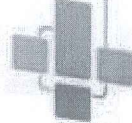
1140889808

Participó en el Curso

## GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LA EPOC

Con una duración de 8 horas.

Con fecha de finalización y aprobación



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur E.S.E.

1UBJdh2nmj

BOGOTÁ