

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                       |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                                       |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                       |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | Duban edgardo buitrago sierra         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                   | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1014177579 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | duban1089@gmail.com                   |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 5449672    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                       |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | VIGILANCIA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32           | 100                       |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.    |                                       |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 24100802645                           |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4104                      |                                       |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2633              | FECHA                     | 2023-10-31 10:29:41.000               | NÚMERO DE CRP       | 54924                            | FECHA         | 2023-10-31 13:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                 | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                       | 2023-10-01          |                                  |               | 2023-10-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                       | \$3,998,070         |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                       |                                       | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                       |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                       |                     |                                  | \$31,757,878  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                       |                     |                                  | \$31,757,878  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                       |                     |                                  | \$3,998,070   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                       |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                       |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                       |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC  | APORTE PENSION 16% IBC                | NIVEL ARL           | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 71457506                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,599,228       | \$199,904                 | \$255,876                             | 3                   | \$38,957                         | \$494,737     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                        |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO<br>52710819<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                    |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.                                                                                                                                                     | Se realizó entrega de 30 seguimientos a IEC reportadas en el mes de OCTUBRE del subsistema sisvecos                                                                             | se entrega formatos de consentimiento informado, formatos de remisiones en físico y iec, y canalizaciones sirc dentro de los tiempos establecidos |
| 2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo ( CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad                                                                                                                                       | Se realizaron seguimiento a 30 IEC prioritarios prioritarios de salud mental del subsistema sisvecos                                                                            | "Soportes en magnético vía e-mail de seguimientos y entrega carpetas magnético. "                                                                 |
| 3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados                                                                                                                                                                                                  | Se realizar canalización Sirc durante el mes de iec que requieren                                                                                                               | Soportes en magnetico vía e-mail de seguimientos.                                                                                                 |
| 4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.                                                                                                                                                                                                                    | No se programa actividad durante período                                                                                                                                        | No se aplica para este mes                                                                                                                        |
| 5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad,                                                                                                                                                                              | No se programa actividad durante período                                                                                                                                        | No se aplica para este mes                                                                                                                        |
| 6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), según lineamiento de SDS                                                                                                             | "Concordancia y proceso depuración de casos SISVECOS IEC del mes de OCTUBRE entregados por localidad y subsistema con registro iec en aplicativo sisvecos "                     | Acta verificación físico vs aplicativo                                                                                                            |
| 7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado,                                                                                                                                                                    | No se programa actividad durante el período                                                                                                                                     | No se programan productos durante el mes                                                                                                          |
| 8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad.                                                          | No se programa actividad durante el período                                                                                                                                     | No se programan productos durante el mes                                                                                                          |
| 9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida. | Reunion de equipo el 24 de octubre.                                                                                                                                             | "Acta con referente y lider salud mental y reporte drive. "                                                                                       |
| 10. Participar en pre auditoría y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.                                                                                                                          | "Se participa en verificación concordancia y proceso preauditoria iec correspondiente al mes de OCTUBRE; entregas productos de OCTUBRE disgregados por subsistema y localidad " | "Acta de revisión con referente y líder salud mental y reporte drive. "                                                                           |
| 11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.                                                                                                                                                       | Se realiza seguimiento a eventos Sisvecos (base depuración) entregando reporte diario y se hace envío carpetas individuales con documentación solicitada.                       | Se hace entrega en magnetico seguimientos de los subsistemas sisvecos (base depuración), preauditoria OCTUBRE; entrega meta OCTUBRE               |
| 12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.                                                                                                                                                            | No se programa actividad durante el mes                                                                                                                                         | No se programan productos durante el mes                                                                                                          |
| 13. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución.                                                                                                                                                    | Se tiene conocimiento y se realiza ejecución de acuerdo a lineamientos y anexos definidos por la SDS y la institución.                                                          | Se realizan actividades acordes a perfil contratado.                                                                                              |
| 14. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna según programación                                                                                                                                                       | No se programa actividad durante el mes                                                                                                                                         | No se programan productos durante el mes                                                                                                          |
| 15. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución                                                                                                                                                                   | Se realizan las acciones oportunas para la entrega de archivo con calidad y norma requerida de manera mensual.                                                                  | "Soportes en físico y magnético de la relación. "                                                                                                 |
| 16. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual.                                                                                                                                                                                                                        | "Se realiza entrega diaria y mensual de carpetas con iec salud mental subsistemas sisvecos (base depuración sisvecos) meta mes "                                                | Base reporte diario de seguimientos a casos sisvecos, en magnético. (correo electrónico)                                                          |
| 17. Verificar y garantizar el adecuado uso de los elementos asignados para el desarrollo de las actividades del talento humano de su subsistema tales como vehículos, Elementos de Protección Personal y equipos y herramientas.                                                                       | No se programa actividad durante el mes                                                                                                                                         | No se programan productos durante el mes                                                                                                          |

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO  
52710819  
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 10/2023

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DUBAN EDGARDO BUITRAGO SIERRA

CC 1014177579 DE BOGOTÁ

La suma de \$ 3.998.070 TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/CTE. por concepto de servicios PROFESIONAL EN PSICOLOGIA-PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 OPERATIVO durante el periodo de 1 al 31 de OCTUBRE del 2023 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4104-2023



DUBAN EDGARDO BUITRAGO SIERRA

CC 1014177579

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA

SOCIAL

NUMERO 24100802645

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                               |        |                           |                    |                     |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                 | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                                  | 1014177579        | DUBAN EDGARDO BUITRAGO SIERRA |        | calle 67 a bis # 110 a 23 | 7961284            | duban1089@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO              | CIUDAD / MUNICIPIO |                     |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.              | BOGOTÁ, D.C.       |                     |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                               |        |                           |                    | NO                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2023-10              | 2023-10                           | I             | 08/11/2023               | 72221829        | \$495.000        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |                  |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 200.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 200.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 256.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 256.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 39.000                 |                  |       |                        | 39.000                | 0         | 0                     | 39.000              |                            |                     | 390               | 39.000        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |        |     |              |           |                   |               |               |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 200.000                             | 200.000       |
| Pensión                | 1                              | 256.000                             | 256.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 495.000                             | 495.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                           |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                 | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1014177579        | DUBAN EDGARDO BUITRAGO SIERRA |        | calle 67 a bis # 110 a 23 | 7961284            | duban1089@gmail.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO              | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.              | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                               |        |                           |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                               |        |                           |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC           |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             |
|                      |                                   |               |                          |                 | 0             |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2023-10              | 2023-10                           | I             | 08/11/2023               | 72221829        | \$495.000     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |        |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          |          |           |                   |                      |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|--------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |        |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD    |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | IVA | IVA | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización        | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS      | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1014177579            | BUITRAGO SIERRA DUBAN EDGARDO | 59        | 0      |           |                  | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |          | 230201   | 1.600.000 | 256.000           | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.600.000    | 200.000                | 14-11    | 1.600.000 | 3               | 39.000     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA