

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                        | 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         |             |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | Rocio Maribel Herrera Alejo          |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                  | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 20476893                   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | rociomaribelherreralejo091@gmail.com |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3118325579                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      |                        | SUBRED                           |             |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | VIGILANCIA SALUD PUBLICA BOSTON      |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO02K32           | 100                       |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO COLPATRIA   |                           |                                      |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 4472008942                           |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2545                      |                                      |                        | VIGENCIA                         |             | 2024                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 684               | FECHA                     | 2024-02-28<br>00:00:00.000           |                        | NÚMERO DE CRP                    | 20970       | FECHA                                                                               | 2024-03-06<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | DESDE                     | FECHA INICIAL                        |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           | 2024-02-01                           |                        |                                  | 2024-02-29  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                      |                        | \$3,998,070                      |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial               |                                      | 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. |                   |                           |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                           |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                      |                        | VALORES                          |             |                                                                                     |                            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                      |                        | \$3,998,070                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                        | \$3,998,070                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                      |                        | \$3,998,070                      |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                      |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                      |                        | \$0                              |             |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                      |                        | 100%                             |             |                                                                                     |                            |
| El interventor 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                                                                       |                            |
| 74210204                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,599,228       | \$199,904                 |                                      | \$255,876              | 3                                | \$38,957    | \$494,737                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br><div style="text-align: center;"> <b>ISLENA TORRES ACOSTA</b><br/>           51840427<br/>           Supervisor         </div>   |                   |                           |                                      |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| 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                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas, criterios de calidad, oportunidad y veracidad                                                                                                                                                                                                                                                | Se realiza entrega de productos SISVECOS al referente. según se programe para el mes.                                                                                                                              | carpetas y bases diligenciadas en drive disponible                |
| Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o actividades establecidas según y/o según necesidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se abordaron 30 casos SISVECOS cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes clasificados.                                                                                                              | carpetas y bases diligenciadas disponibles en drive               |
| Realizar activación de ruta oportuna (Canalizaciones) para dar respuesta a los casos identificados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Envío por correo electrónico, casos que se requiere canalización SIRC 30 casos SISVECOS                                                                                                                            | Soportes de correo electrónico enviados                           |
| Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 30 casos entregados durante el mes de SEPTIEMBRE                                                                                                                                                                   | Correo electrónico del envío en drive disponible                  |
| Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                | No se programa para este mes.                                                                                                                                                                                      | No se programa para este mes.                                     |
| Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud)                                                                                                                                                                                                                                                         | Se realiza la concordancia de 30 casos SISVECOS del mes de SEPTIEMBRE se entrega archivos en magnetico con las indicaciones recibidas de numeracion.                                                               | Acta de concordancia y revision                                   |
| Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | no se presentaron para el mes                                                                                                                                                                                      | no se presentaron para el mes                                     |
| 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.                                                                                                                                                                            | Se consolida por carpeta cada uno de los seguimientos diarios realizados correspondientes al subsistema SISVECOS                                                                                                   | Envío soporte entrega carpetas en magnetico.                      |
| 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                                                                                                                    | Se realiza reunión salud mental en el mes de FEBRERO                                                                                                                                                               | Acta de concordancia y listado de asistencia                      |
| 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 hace entrega para pre auditoria de los soportes de las IEC SISVECOS correspondientes y los ajustes respectivos en aplicativo y drive                                                                            | acta de concordancia y listado de asistencia y correo electronico |
| El profesional de la Subred debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                       | se realiza seguimiento a base enviada de casos linea 106, SED                                                                                                                                                      | Envío de correo soporte de gestion                                |
| Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                | No se programa para este mes                                                                                                                                                                                       | No se programa para este mes                                      |
| 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.              |
| Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | No se programa para este mes.                                                                                                                                                                                      | No se programa para este mes.                                     |
| 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 de la relacion                                 |
| Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Soporte magnetico                                                                                                                                                                                                  | Base drive entregada a referentes de manera mensual               |
| 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..                                                                                                                                                                                         | Se realiza uso adecuado de vehiculos utilizado s para la realizacio de visitas a usuarios notificados al subsistemas, se realiza uso adecuado de los elementos de proteccion peronas e insumos de manera adecuada. | Uso adecuado de elementos e insumos                               |
| Realizar actividades de contencion y/o mitigación por la pandemia COVID-19 en el distrito capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos, deproteccion personal que permitann implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias, y lineamientos amanados por nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos. | Educacion de prevencion de COVID-19 en las iec SIVIM.                                                                                                                                                              | Formato IEC SIVIM en magnetico                                    |

ISLENA TORRES ACOSTA  
51840427  
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

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS         |
|--------------------------|---------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC            |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 20476893      |
| NOMBRES                  | ROCIO MARIBEL |
| APELLIDOS                | HERRERA ALEJO |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**      |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTA D.C.   |
| MUNICIPIO                | BOGOTA D.C.   |

#### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                                                                                   | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | SALUD TOTAL<br>ENTIDAD PROMOTORA DE<br>SALUD DEL REGIMEN<br>CONTRIBUTIVO Y<br>DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/12/2018                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                            |                        |                            |                |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| <b>Fecha de Impresión:</b> | 03/11/2024<br>13:45:28 | <b>Estación de origen:</b> | 192.168.70.220 |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

| 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 |     |
| 2024-02              | 2024-02                           | I             | 01/03/2024               | 75150362        | \$494.900     |     |

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS002        | Salud Total EPS | 800130907-4 | 200.000                | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 255.900                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 255.900       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-25                     | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 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 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                              | 255.900                             | 255.900       |
| 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             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 494.900                             | 494.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                       |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN             | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 20476893          | ROCIO MARIBEL HERRERA ALEJO |        | calle 17#10-11 piso 8 | 7311754            | maribella1216@hotmail.com           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.          | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                             |        |                       |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                             |        |                       |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC       |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 10        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |           |
| 2024-02              | 2024-02                           | I             | 01/03/2024               | 75150362        | \$494.900 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |  |  |  |           |         |           |                       |           |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |    |    |       |     |     |                   |          |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|--|--|--|-----------|---------|-----------|-----------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|----|----|-------|-----|-----|-------------------|----------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |  |  |  |           |         |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |    |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |          |          | CCF       |            |                      | PARAFISCALES         |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         |  |  |  | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase exterior        | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP     | VSP | VST | SIL | IDE | MA | MA | MA    | 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   | 20476893              | HERRERA ALEJO ROCIO MARIBEL |  |  |  | 59        | 0       |           |                       | N         |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |    |    |       |     |     |                   |          | 25-14    | 1.599.228 | 255.900    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS002   | 1.599.228 | 200.000                | 14-25    | 1.599.228 | 3               | 39.000     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA