

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                  | Versión             |                 | 3             |                         |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                         |                                                                  | Fecha de aprobación |                 | 2/15/2018     |                         |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                  | Código:             |                 | 04-02-FO-0002 |                         |                                                                                     |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                         |                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         | BLANCA MYRIAM AVENDAÑO AMEZQUITA                                 |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                         | C.C                                                              | X                   | C.E             | No.           |                         | 51999579                                                                            |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           |                         | nictomvy@gmail.com                                               |                     |                 | CELULAR:      |                         | 5486846                                                                             |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                         |                                                                  |                     | SUBRED          |               |                         |                                                                                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         | PIC ESPACIO DE VIVIENDA INSTITUCIONAL SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                 | SEDE:         |                         | SUBRED                                                                              |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                         |                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K27-2         | 100                       |                         |                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A      |                         |                                                                  |                     | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO                  |                                                                                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 451570010889            |                                                                  |                     |                 |               | PENSIONADO              | NO                                                                                  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                         |                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1733                      |                         |                                                                  |                     | VIGENCIA        |               | 2024                    |                                                                                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 684               | FECHA                     | 2024-02-28 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP                                                    |                     | 20208           | FECHA         | 2024-03-06 00:00:00.000 |                                                                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                         |                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                   | FECHA INICIAL                                                    |                     | HASTA           | FECHA FINAL   |                         |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         | 2024-02-01                                                       |                     |                 | 2024-02-29    |                         |                                                                                     |
| 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. |                   |                           |                         |                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                           |                         |                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                         |                                                                  |                     | VALORES         |               |                         |                                                                                     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         |                                                                  |                     | \$4,797,684     |               |                         |                                                                                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                  |                     | \$3,998,070     |               |                         |                                                                                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                         |                                                                  |                     | \$3,998,070     |               |                         |                                                                                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                         |                                                                  |                     | \$0             |               |                         |                                                                                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                         |                                                                  |                     | \$799,614       |               |                         |                                                                                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                         |                                                                  |                     | 83%             |               |                         |                                                                                     |
| 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           |                                                                                     |
| 74133088                                                                                                                                                                                                                                                     | \$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.                                                                                                                                         |                   |                           |                         |                                                                  |                     |                 |               |                         |                                                                                     |
| ISLENA TORRES ACOSTA<br>51840427<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                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional, técnico y bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud | "Por el producto 134 de entorno institucional Se realizaron las siguientes acciones de implementacion en las diferentes localidades asi: Fontibon : Amanecer, Casa gabriela , Fundacion amaly , cio fontibon Kennedy: Cio kenedy, fundacion laudes sede marsella Puente Aranda: Upi carrera 32, Hogar de paso dia noche bakata, Sedid, Carcel modelo , Acj psc "                                                            | Actas, Base de datos, Cronograma, Informe, Formato de identificación del riesgo en instituciones |
| "Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. Desarrollo de Acciones en el Entorno Institucional"                                                                                                                                                                                                                                                                                          | "Por el producto 134 de entorno institucional Se realizaron las siguientes acciones de implementacion en las diferentes localidades asi: Fontibon : Amanecer, Casa gabriela , Fundacion amaly , cio fontibon Kennedy: Cio kenedy, fundacion laudes sede marsella Puente Aranda: Upi carrera 32, Hogar de paso dia noche bakata, Sedid, Carcel modelo , Acj psc "                                                            | Actas, Base de datos, Cronograma, Informe, Formato de identificación del riesgo en instituciones |
| Desarrollo de Acciones en el Entorno Institucional, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred                                                                                                                                                                                                                                   | Asistencia a jornadas locales y distritales de acuerdo al cronograma de SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Actas, Formatos, Listados.                                                                       |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | "Por el producto 134 de entorno institucional Se realizaron las siguientes acciones de implementacion en las diferentes localidades asi: Fontibon : Amanecer, Casa gabriela , Fundacion amaly , cio fontibon Amanecer, Casa gabriela , Fundacion amaly , cio fontibon Kennedy: Cio kenedy, fundacion laudes sede marsella Puente Aranda: Upi carrera 32, Hogar de paso dia noche bakata, Sedid, Carcel modelo , Acj psc : " | Actas, Formatos, Listados.                                                                       |
| seguimiento a la canalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | activaciones de ruta de acuerdo a los riesgos en salud identificados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | "Formato de canalizacion Actas Base de datos"                                                    |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | activaciones de ruta de acuerdo a los riesgos en salud identificados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | "Formato de canalizacion Actas Base de datos"                                                    |
| Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | "se realizan sesiones colectivas ludicopedagogicas en las siguientes instituciones:Fontibon : Amanecer, Casa gabriela , Fundacion amaly , cio fontibon Kennedy: Cio kenedy, fundacion laudes sede marsella Puente Aranda: Upi carrera 32, Hogar de paso dia noche bakata, Sedid, Carcel modelo , Acj psc "                                                                                                                  | Actas, Formatos, Listados.                                                                       |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Participacion en asistencia tecnica en SDS 16 de febrero 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Actas, Formatos, Listados.                                                                       |
| Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | "Se realiza retroalimentacion de las acciones desarrolladas y se brindan recomendaciones a tener en cuenta a los profesionales de las siguientes instituciones: Fontibon : Amanecer, Casa gabriela , Fundacion amaly , cio fontibon Kennedy: Cio kenedy, fundacion laudes sede marsella Puente Aranda: Upi carrera 32, Hogar de paso dia noche bakata, Sedid, Carcel modelo , Acj psc "                                     | Actas, Formatos, Listados.                                                                       |
| Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "se fortalecen capacidades de los usuarios frente al derecho a la salud en las siguientes instituciones: Fontibon : Amanecer, Casa gabriela , Fundacion amaly , cio fontibon Kennedy: Cio kenedy, fundacion laudes sede marsella Puente Aranda: Upi carrera 32, Hogar de paso dia noche bakata, Sedid, Carcel modelo , Acj psc "                                                                                            | Actas, Formatos, Listados.                                                                       |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del Referente del Entorno asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "Revision y entrega de soportes 2,6,9,13,16,20,23,27,28,29. Reunion de equipo 23 de febrero 2024"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Actas, Formatos, Listados.                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                       |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control                                                                                                                                                         | . Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS                                                                | Listado de asistencia, Actas   |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras) | . Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada | Actas, Listados de Asistencia. |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 2/ 2024**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**BLANCA MYRIAM AVENDAÑO AMEZQUITA**

**C.C 51.999.579 DE BOGOTÁ**

La suma de Tres millones Novecientos Noventa y Ocho mil setenta pesos (3.998.070), por concepto de: Profesional de Enfermería - Profesional Universitario 2, durante el periodo de 1 al 29 de Febrero de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1733 - 2024



**BLANCA MYRIAM AVENDAÑO AMEZQUITA**

**C.C.51.999.579 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**451570010889**

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                  |        |                            |                    |                    |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------------------|--------------------|--------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO             |
| CC                                  | 51999579          | BLANCA MYRIAM AVENDAÑO AMEZQUITA |        | transversal 106 # 77b - 02 | 4353657            | nictomvy@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 |                   |                                  |        |                            |                    | SI                 |

| 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          |
| 2024-01              | 2024-01                           | I             | 09/02/2024               | 74133088        | TOTAL A PAGAR \$504.500 |

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 |
| 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | 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 |
| CCF21         | Cafam  |  |  |  | 860013570-3 | 9.600        | 0         |
|               |        |  |  |  |             | 0            | 0         |
|               |        |  |  |  |             | 9.600        |           |

| 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                              | 255.900                             | 255.900       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.000        |
| CCF                    | 1                              | 9.600                               | 9.600         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 504.500                             | 504.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                  |        |                            |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------------|--------|----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                 |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 51999579          | BLANCA MYRIAM AVENDAÑO AMEZQUITA |        | transversal 106 # 77b - 02 | 4353657            | nictomvy@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 |
|                     |                   |                                  |        |                            |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2024-01              | 2024-01                           | I             | 09/02/2024               | 74133088        | \$504.500 |

| 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 | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA | 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   | 51999579              | AVENDAÑO AMEZQUITA BLANCA MYRIAM | 59        | 0      |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    | 25-14    | 1.599.230 | 255.900    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.599.230 | 200.000                | 14-11    | 1.599.230    | 3               | 39.000     | CCF21      | 1.599.230 | 9.600      | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA