

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                               |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                              | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                               | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           |                               | VERSIÓN: 5            |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                               | PÁGINA: 1 DE 1        |                          |
| FECHA: 16/02/2018                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                               |                       |                          |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                 |                               |                       |                          |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | BARRIOS ACERO YELBERT ALFONSO |                       | 335885                   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           | Cedula                                                                          | No.                           | 1019028671            |                          |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       | null                                                                            | CELULAR                       | null                  |                          |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     | Hospitalización                                                                 |                               |                       |                          |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    | Hospitalización                                                                 |                               | UNIDAD:               | Suba                     |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             | Centro de costo                                                                 | %                             | Centro de costo       | %                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | A00                                                                             |                               |                       |                          |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                        | 28                                                                              | TIPO CUENTA                   | SIN CUENTA            |                          |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       | 0                                                                               |                               |                       |                          |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                               |                       |                          |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 1301-2024                     |                       | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             | 166                                                                             | FECHA                         | 26/01/2024            | NÚMERO DE CRP: 1         |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             | 410                                                                             | FECHA                         | 27/03/2024            | NÚMERO DE CRP: 2         |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             | 628                                                                             | FECHA                         | 20/05/2024            | NÚMERO DE CRP: 3         |
| NÚMERO DE CDP: 4                                                                                                                                                                                                                                             | 810                                                                             | FECHA                         | 20/06/2024            | NÚMERO DE CRP: 4         |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                      | NULL                                                                            |                               |                       |                          |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          | DESDE                                                                           | DIA                           | MES                   | AÑO                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 | 01                            | 06                    | 2024                     |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               | Asistencial                                                                     | RESERVA DE GLOSA 2%           | 0                     |                          |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    | 1,953,372 VALOR LETRAS                                                          |                               |                       |                          |
| 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 EJECUCION DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                               |                       |                          |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               | VALORES               |                          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                               | 9,514,812             |                          |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                               | 9,514,812             |                          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                               | 1,953,372             |                          |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               | 186                   |                          |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                               | 186                   |                          |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                               | 0                     |                          |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                               | 0                     |                          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               | 100.00 %              |                          |
| 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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                 |                                                                                 |                               |                       |                          |
| PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR EPS                                                                       | VALOR AFP                     | RIES                  | VALOR ARL                |
| 77878820                                                                                                                                                                                                                                                     | 162,500                                                                         | 208,000                       | 3                     | 31,700                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                               | 0                             |                       | 0                        |
| FALTO INGRESAR                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |                               |                       |                          |
| CCF - COMPENSAR \$26.000                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                               |                       |                          |
| TOTAL \$428200                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |                               |                       |                          |

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BARRIOS ACERO YELBERT ALFONSO  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                   |                                                                                |  |                       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|--|
|  | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>             |  | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 |  |  |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |  | VERSIÓN: 3            |  |  |
|                                                                                   |                                                                                |  | PÁGINA : 1 DE 1       |  |  |
|                                                                                   |                                                                                |  | FECHA: 19/05/2022     |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |                          |  |         |     |                |     |     |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------|--|---------|-----|----------------|-----|-----|------|
| ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACION - SALUD MENTAL                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                          |  | UNIDAD: |     | FRAY BARTOLOME |     |     |      |
| No. DE CONTRATO: 1301 - 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  | PERIODO CERTIFICADO      |  | Día     | Mes | Año            | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                          |  | 1       | 6   | 2024           | 30  | 6   | 2024 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: YELBERT ALFONSO SANDOVAL CASTRO                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  | DOCUMENTO: 1,019,028,671 |  |         |     |                |     |     |      |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACIÓN Y/O URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo con las necesidades de la institución. |  |  |  |                          |  |         |     |                |     |     |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |                          |  |         |     |                |     |     |      |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                            | dar cumplimiento con la asistencia de capacitación (5) , retroalimentación de mejoras para la acreditación (2) sensibilización para el mejoramiento de la atención con calidad (3) mantenimiento de relaciones laborales en pro de atención integra de los servicios.           |
| 2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas | educación continua y capacitación correspondiente para el mejoramiento de las actividades en el servicio (2) ,compromiso permanente para la atención integral del paciente basada en la misión y visión de la institución durante todo el mes en los 40 turnos                  |
| 3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Cumplo con el recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales, cumpliendo actividades básicas de enfermería de los pacientes a cargo (15) recibo de turno (15) entrega de turno (15)                                                           |
| 4. Realizar recibo y entrega de turno con registros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cumplo con el manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos (1500), limpieza y desinfección de aislamientos y demás).                                                                                                                                       |
| 5. Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).                                                                                                                                                                                                                                                                         | Presentar informe, asistir acapitaciones y actividades según la programación institucional, Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objetivo del contrato |
| 6. Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cumplo con la confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades, cumplimientos de las directrices institucionales según el caso                                                                                                         |
| 7. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Aplico las políticas de calidad de la institución participando activamente en el proceso del sistema de gestión de calidad institucional.                                                                                                                                       |
| 8. Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Desarrollos las actividades que me sean programadas y ejercerlas al momento que me sean asignadas en su totalidad                                                                                                                                                               |
| 9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Respetar la confiabilidad que se nos dirige tener con los reportes y demás correspondientes a la historia clínica                                                                                                                                                               |
| 10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.                                                                                                                                                                                                                                                               | Políticas, normas y registros solicitados en las políticas de la institución                                                                                                                                                                                                    |
| 11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999                                                                                                                                                                                                                                             | Presentar informe, asistir acapitaciones y actividades según la programación institucional, Cumplimiento de los turnos establecidos por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objetivo              |
| 12. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Aplico las políticas de calidad de la institución participando activamente en el proceso del sistema de gestión de calidad institucional.                                                                                                                                       |
| 13. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Cumplir, acatar y respetar al 100% las normas de la institución                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                               |                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                         |                                                                                                         |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$1,953,372,00) UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE |                                                                                                         |
| <br>YELBERT ALFONSO BARRIOS ACERO                          | Fecha : 30/06/2024<br><br>Firma de recibido supervisor: ANDREA SANDOVAL CASTRO FIRMADO ELECTRONICAMENTE |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                 |                                                                                                         |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                               |        |                      |                    |                          |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                                  | 1019028671        | YELBERT ALFONSO BARRIOS ACERO |        | Carrera 99 No 16h 56 | 2000000            | enfermerascami@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   |
| 2024-05              | 2024-05                           | I             | 13/06/2024               | 77878820        | \$428.200        |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 162.500       | 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 |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 208.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700                 |                  |       |                        | 31.700                | 0         | 0                     | 31.700              |                            |                     | 317               | 31.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |             |              |           |
|---------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 26.000       | 0         |
|               |                |  |  |  |             | 0            |           |
|               |                |  |  |  |             | 0            |           |
|               |                |  |  |  |             | 26.000       |           |
|               |                |  |  |  |             |              |           |

| 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                              | 162.500                             | 162.500       |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 208.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.700        |
| CCF                    | 1                              | 26.000                              | 26.000        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 428.200                             | 428.200       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1019028671        | YELBERT ALFONSO BARRIOS ACERO |        | Carrera 99 No 16h 56 | 2000000            | enfermerascami@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           |
| 2024-05              | 2024-05                           | I             | 13/06/2024               | 77878820        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$428.200     |

| 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 de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IDE     | MA | 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   | 1019028671            | BARRIOS ACERO YELBERT ALFONSO | 59        | 0       | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |    |    |    |    |       |    | 231001   | 1.300.000         | 208.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017       | 1.300.000 | 162.500                | 14-11    | 1.300.000 | 3               | 31.700     | CCF24      | 1.300.000 | 26.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA