

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|----------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |  | Gloria Patricia colorado Fernández                 |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |  | C.C                                                |                     | X                       |               | C.E           |                                                                                     | No.         |      | 42012306                      |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                   |  | gloriapatricia2023@gmail.com                       |                     |                         |               | CELULAR:      |                                                                                     | 3213760841  |      |                               |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |  |                                                    |                     | SUBRED                  |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |  | PIC PUBLICO-COMUNITARIO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                     |                         |               | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED      |      |                               |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo   |  | %                                                  |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | FO09K30           |  | 100                                                |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCOLOMBIA S.A   |  |                                                    |                     | TIPO DE CUENTA:         |               |               | AHORRO                                                                              |             |      |                               |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |  | 79600034796                                        |                     |                         |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO          |      |                               |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |  | 2065                                               |                     |                         |               | VIGENCIA      |                                                                                     |             | 2024 |                               |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1746              |  | FECHA                                              |                     | 2024-07-22 14:12:49.000 |               | NÚMERO DE CRP |                                                                                     | 45586       |      | FECHA 2024-07-31 16:16:25.000 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |  | GESTOR COMUNITARIO                                 |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |  | DESDE                                              |                     | FECHA INICIAL           |               | HASTA         |                                                                                     | FECHA FINAL |      |                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    |                     | 2024-07-01              |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |  |                                                    |                     | \$2,037,696             |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$12,226,176  |                                                                                     |             |      |                               |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$12,226,176  |                                                                                     |             |      |                               |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$2,037,696   |                                                                                     |             |      |                               |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$0           |                                                                                     |             |      |                               |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | \$0           |                                                                                     |             |      |                               |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               | 100%          |                                                                                     |             |      |                               |  |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |  |                   |  |                                                    |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |      |                               |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           |  | IBC DE COTIZACION |  | APORTE A SALUD 12.5% IBC                           |                     | APORTE PENSION 16% IBC  |               | NIVEL ARL     |                                                                                     | APORTE ARL  |      | TOTAL APORTES                 |  |
| 78001117                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$908,526         |  | \$113,566                                          |                     | \$145,364               |               | 3             |                                                                                     | \$22,132    |      | \$281,062                     |  |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| "DIALOGO Y SOCIALIZACION: -REALIZAR PLAN DE TRABAJO Y REMITIRLO A LA SDS A MÁS TARDAR LOS PRIMEROS CINCO (2) DÍAS HÁBILES DE INICIADA LA VIGENCIA. -REUNIÓN CON LÍDERES Y DELEGADO ROM PARA RECIBIR ORIENTACIONES SOBRE PLAN DE TRABAJO. -REUNIÓN LÍDERES O DELEGADOS ROM PARA INFORMAR SOBRE ACCIONES DE ALISTAMIENTO Y APROPIACIÓN DE LINEAMIENTO. "                                                                                                                                               | generar encuentro con lideres gitanos                  | Actas y listados de asistencia                      |
| ANÁLISIS CONTEXTUAL Y DIAGNOSTICO: - ELABORACIÓN ESTRUCTURA DOCUMENTO ANÁLISIS CONTEXTUAL - ACTUALIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN RECOLECTADA DEL DOCUMENTO ASÍ. - GRUPO FOCAL SALUD MENTAL CON COMUNIDAD GITANA. - ENTREVISTAS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD, TEMA: LENGUA GITANA. - GRUPO FOCAL, TEMA: VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN LA COMUNIDAD. - ELABORACIÓN DOCUMENTO CONTEXTUAL CON LA INFORMACIÓN RECOLECTADA                                                                   | generar encuentro con lideres gitanos                  | Actas y listados de asistencia                      |
| DISEÑO DE ESTRATEGIA DE ATENCION PSICOSOCIAL: - ELABORACIÓN PROPUESTA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN GITANA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Encuentro de asistencia tecnica                        | Actas y listados de asistencia                      |
| SOCIALIZACIÓN Y VALIDACIÓN. - ENCUENTRO CON SECRETARIA DISTRITAL. -ENCUENTRO CON LÍDERES Y COMUNIDAD GITANA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | informes de gestion de implementación de la estrategia | Actas y listados de asistencia                      |
| "CUMPLIR A CABALIDAD CON LAS ACTIVIDADES AFINES AL PERFIL PROFESIONAL Y/O TÉCNICO 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. " | informes de gestion de implementación de la estrategia | Actas y listados de asistencia                      |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Reunión de equipo                                      | Actas y listados de asistencia                      |
| 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 SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | informes de gestion de implementacion de la estrategia | Matriz de atencion psicosocial y fichas de atencion |
| DESARROLLAR ACCIONES DE CONTROL SOCIAL, INFORMACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN, SEGUIMIENTO A LA CANALIZACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | informes de gestion de implementacion de la estrategia | Matriz de atencion psicosocial y fichas de atencion |
| GENERAR INCIDENCIA EN LA REDUCCIÓN DEL DAÑO Y GESTIÓN FRENTE A PROBLEMÁTICAS DE SALUD IDENTIFICADAS, IMPLEMENTAR ACTIVIDADES LÚDICO-PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y EMPODERAMIENTO EN PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD.                                                                                                                                                                                                                                                  | generar encuentro con lideres gitanos                  | Actas y listados de asistencia                      |
| CONSOLIDAR Y FORTALECER GRUPOS DE LÍDERES PARES FORMADOS SEGÚN NECESIDADES PRIORIZADAS EN SALUD E INCLUSIÓN. 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.                                                                                                                                                               | generar encuentro con lideres gitanos                  | Actas y listados de asistencia                      |
| "REALIZAR AJUSTES DE MANERA OPORTUNA CUANDO SEAN REQUERIDOS ACORDE A LAS PREAUDITORIAS DEL REFERENTE DEL ESPACIO ASIGNADO. REALIZAR ENTREGA OPORTUNA Y CON CALIDAD DE INFORMES REQUERIDOS. "                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Reuniones de equipo                                    | Actas y listados de asistencia                      |
| ALISTAR SOPORTES Y PRESENTAR AUDITORÍAS PROGRAMADAS TANTO DE LA ESE COMO DE LA FIRMA AUDITORA O SDS, ENTES DE CONTROL. 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).                                                                                                | Reuniones de equipo                                    | Actas y 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 N° 07/2024

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

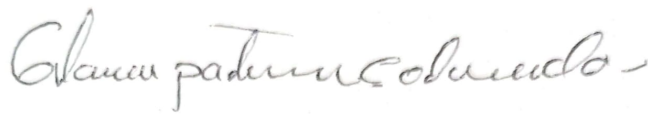
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GLORIA PATRICIA COLORADO FERNANDEZ

CC 42012306 DOSQUEBRADAS RISARALDA

La suma de (\$2,037,696 ) DOS MILLONES TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS por concepto de servicios como SABEDORA GITANA PAPSIVI en el periodo de 1 al 31 de JULIO del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2065/2024



GLORIA PATRICIA COLORADO FERNANDEZ

CC 42012306 DOSQUEBRADAS RISARALDA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 79600034796



| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | TOTAL A PAGAR |                          |                 |           |     |
| 2024-06              | 2024-06                           | I             | 08/07/2024               | 78001117        | \$403.900 |     |

| TOTALES SALUD |           |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 5         | 700                   | 0              | 163.200       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 5         | 800                   | 0              | 208.800       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                           | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700                    |                  |       |                           | 31.700                   | 5            | 200                      | 31.900                 |                               |                        | 317                  | 31.900        | 1             |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 162.500                             | 163.200       |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 208.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.900        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 402.200                             | 403.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                    |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                   |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 42012306          | GLORIA PATRICIA COLORADO FERNANDEZ |        | CRA 69 d n 01 70 sur | 3213760841         | gloriapatricia2023@gmail.com        |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                    | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                    |        | NORTE DE SANTANDE    | CÚCUTA             |                                     |
|                     |                   |                                    |        |                      |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                    |        |                      |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-06              | 2024-06                           | I             | 08/07/2024               | 78001117        | \$403.900     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 |               |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                    |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                    |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres                | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | 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   | 42012306              | COLORADO FERNANDEZ GLORIA PATRICIA | 59        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    | 230201   | 1.300.000 | 208.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS037   | 1.300.000 | 162.500                | 14-11    | 1.300.000    | 3               | 31.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA