

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YUDDY RAMIREZ BERNAL**

**CC 52.839.235 DE BOGOTÁ**

La suma de UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO \$1.863.534 por concepto de Prestar de Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 30 de junio 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **N°519**



**YUDDY RAMIREZ BERNAL  
CC 52.839.235 DE BOGOTA  
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA  
NUMERO 001300111661**

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                                       |                     | Versión<br>3                     |               |  |          |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                           |                                                       |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                                       |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |          |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                           |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           | YUDDY RAMIREZ BERNAL                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                           | C.C                                                   | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52839235 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                           | yuddynamirez@gmail.com                                |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 6611037  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                           |                                                       |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |          |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           | ADM DESARROLLO INSTITUCIONAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                         |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10T08              | 100                       |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                           |                                                       |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |          |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                           | 1300111661                                            |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO       |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                           |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 519                       |                                                       |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |          |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1177                 | FECHA                     | 2025-05-19 15:50:12.000                               | NÚMERO DE CRP       | 26496                            | FECHA         | 2025-05-27 00:00:00.000                                                             |          |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR ADMINISTRATIVO I |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                           | DESDE                                                 | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                                       | 2025-05-01          |                                  |               | 2025-05-31                                                                          |          |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                           |                                                       | \$1,863,534         |                                  |               |                                                                                     |          |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                      | Administrativo            |                                                       | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           |                                                       |                     |                                  | \$7,454,136   |                                                                                     |          |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                                       |                     |                                  | \$7,454,136   |                                                                                     |          |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                           |                                                       |                     |                                  | \$1,863,534   |                                                                                     |          |
| 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 |                                                                                     |          |
| 86045309                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,526            | \$113,566                 | \$145,364                                             | 3                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |          |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                      |                           |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |          |
| DIANA LUCIA SILVA LARRARTE<br>52048511<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                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| CONSOLIDAR LA INFORMACION NECESARIA PARA LA ESTRUCTURACION Y PRESENTACION DE REPORTES DE INFORMACION INSTITUCIONAL                                                                                                                          | REGISTRO DE RECIEN NACIDOS                                                                                                                                                                                                         | TOTAL RECIEN NACIDOS ATENDIDOS 50 AL MES                                           |
| MANTENER LA INFORMACION ESTADISTICA ACTUALIZADA, SEGÚN LOS REQUERIMIENTO INSTITUCIONALES                                                                                                                                                    | REGISTRO DE DEFUNCION Y NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                 | TOTAL 50 REGISTROS                                                                 |
| CONSOLIDAR, DOCUMENTAR Y ELABORAR INFORMES PERIODICOS REQUERIDOS PARA SER PRESENTADOS A LOS ENTES QUE LOS DEMANDEN CON LA OPORTUNIDAD Y CALIDAD REQUERIDA                                                                                   | INFORMACION DE RUAF DE NACIMIENTO Y DEFUNCIONES                                                                                                                                                                                    | TOTAL 50 REGISTROS                                                                 |
| ENTREGA OPORTUNA DE REGISTROS                                                                                                                                                                                                               | REGISTRO DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                             | TOTAL 50 REGISTROS                                                                 |
| RECOLECTAR HUELLAS DIGITALES DE LOS BEBES EN NEONATOS                                                                                                                                                                                       | CUMPLIENDO CON PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD                                                                                                                                                                                           | SUBIR OPORTUNAMENTE LAS HUELLAS OBTENIDAS AL APLICATIVO CON PERIODICIDAD REQUERIDA |
| MANTENER ACTUALIZADAS Y APOYAR LA GENERACION DE INFORMACION ESTADISTICA CON FUNDAMENTO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS FRENTE A LOS DATOS Y HECHOS.                                                                                           | GARANTIZANDO LA CALIDAD DE LA INFORMACION                                                                                                                                                                                          | CUMPLIENDO CON EL OBJETIVO TRAZADO.                                                |
| ATENDIENDO DE MANERA OPORTUNA LAS ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMADAS POR LOS REFERENTES.                                                                                                                                                      | VALIDANDO LAS ESTRUCTURAS Y DATOS OBTENIDOS                                                                                                                                                                                        | TENIENDO UN CLARO OBJETIVO Y BUENOS RESULTADOS                                     |
| APOYAR EL PROCESO DE ARCHIVO, DESARCHIVO Y GESTIÓN DOCUMENTAL DE LAS SEDES QUE LE SEAN ASIGNADAS.                                                                                                                                           | SEDE KENNEDY                                                                                                                                                                                                                       | REGISTRADURIA Y ESTADISTICAS VITALES                                               |
| PARTICIPAR EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES QUE SE ESTABLEZCAN EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO ACORDADOS Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA ENTIDAD Y PLANES DE ACREDITACIÓN QUE CORRESPONDAN                          | SEDE KENNEDY                                                                                                                                                                                                                       | REGISTRADURIA Y ESTADISTICAS VITALES.                                              |
| DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS INSTRUMENTOS QUE LE SEAN ENCOMENDADOS PARA EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD.                                                                                                              | - REGISTRADURIA ( HUELLERO, TABLERO DE FIRMAS, TABLA DE HUELLAS Y DEMAS)                                                                                                                                                           | - ESTADISTICAS VITALES COMPUTADOR Y APLICATIVOS.                                   |
| GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS (IDONEIDAD HUMANA, MORAL Y TÉCNICA) Y DESARROLLAR LAS OBLIGACIONES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL.                                                         | CUMPLIENDO CON LAS LEYES, DECRETOS, ACUERDOS, RESOLUCIONES, CIRCULAR DE CUALQUIER ÓRGANO EXTERNO O REGLAMENTO INTERNO, CÓDIGO O DIRECTRIZ INTERNA DE LA E.S.E QUE TENGA RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO | CONOCIENDO Y APLICANDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES.                              |
| PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN, HABILITACIÓN Y SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN QUE ADELANTE LA SUBRED, Y APOYAR ESTOS PROCESOS CON LA INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN QUE SEA REQUERIDA, SEGÚN EL ÁREA A QUE CORRESPONDA | SEDE KENNEDY                                                                                                                                                                                                                       | REGISTRADURIA Y ESTADISTICAS VITALES.                                              |
| ATENDER LOS REQUERIMIENTOS DE LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS EN LAS CONDICIONES DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD QUE SE REQUIERAN                                                                                                                 | DOCTORES Y PADRES DE FAMILIA SEDE KENNEDY                                                                                                                                                                                          | CUMPLIENDO CON EL OBJETIVO TRAZADO                                                 |
| ENVIO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS                                                                                                                                                                                                        | REGISTRADURIA SEDE KENNEDY SEMANALMENTE                                                                                                                                                                                            | TOTAL 90 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS                                               |

**DIANA LUCIA SILVA LARRARTE**  
52048511  
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

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                      |        |                                    |                    |                        |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------|--------|------------------------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                          | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                                  | 52839235          | YUDDY RAMIREZ BERNAL |        | CL 7 D #81 C -03 APTO 1301 TORRE 5 | 6611037            | yuddynamirez@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                       | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                      |        | BOGOTÁ D. C.                       | BOGOTÁ, D.C.       |                        |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                      |        |                                    |                    | NO                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-05              | 2025-05                           | I             | 10/06/2025               | 86868579        | \$440.500        |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 227.800       | 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 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            |                     | 347               | 34.700        | 1             |

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

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 440.500                             | 440.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                      |        |                                    |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------|--------|------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                          | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52839235          | YUDDY RAMIREZ BERNAL |        | CL 7 D #81 C -03 APTO 1301 TORRE 5 | 6611037            | yuddyramirez@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                       | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                      |        | BOGOTÁ D. C.                       | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                      |        |                                    |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                      |        |                                    |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-05              | 2025-05                           | I             | 10/06/2025               | 86868579        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$440.500     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                      |           |         |           |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |     |     |    |            |           |         |                   |                      |                      |                                |                                 |           |              |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|-----|-----|----|------------|-----------|---------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|--------------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                      |           |         |           |               |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    |     |     |    | SALUD      |           |         | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |           | PARAFISCALES |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres  | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN    | IDE | MA | MA | APP | VCT | RL | CORRECCIÓN | 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   | 52839235              | RAMIREZ BERNAL YUDDY | 57        | 0       | N         |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |     |     |    | 25-14      | 1.423.500 | 227.800 | 0                 | 0                    | 0                    | 0                              | EPS008                          | 1.423.500 | 178.000      | 14-11                  | 1.423.500 | 3       | 34.700          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           |            |

PAGADA