

CERTIFICACIÓN  
DE SUPERVISIÓN

Consecutivo

CDPS

273

2

Año: 2025

Numero del contrato o acuerdo: 273

Modalidad de Contrato: CONTRATACIÓN DIRECTA

Fecha de Inicio: 26/05/2025

Nombre del Contratista: LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS

C.C. o NIT: 1.000.252.393

Oficina o Grupo: DELEGADA PARA LA OPERACIÓN

OBJETO:

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS TRÁMITES, PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LAS OPERACIONES.

Ha habido modificaciones al Contrato? SI NO X

En que consisten?

Fecha de ejecución del contrato: Del 26/05/2025 Al 25/09/2025

Pago a realizar: 2 De 5 Número de pagos recibidos: 1 Cuota a certificar 2

VALOR DEL CONTRATO

Valor inicial del contrato \$ 15.200.000

Valor de la adición del contrato

Valor Total del contrato \$ 15.200.000

Valor de las cuotas \$ 3.800.000

VALORES DE LAS CUOTAS PAGADAS A LA FECHA

|            |          |           |           |           |           |           |
|------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| PAGO # 1   | PAGO # 2 | PAGO # 3  | PAGO # 4  | PAGO # 5  | PAGO # 6  | PAGO # 7  |
| \$ 633.400 | \$ 0     | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0      |
| PAGO # 8   | PAGO # 9 | PAGO # 10 | PAGO # 11 | PAGO # 12 | PAGO # 13 | PAGO # 14 |
| \$ 0       | \$ 0     | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0      |

VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA

\$ 633.400

VALOR A PAGAR DE LA CUOTA REPORTADA :

\$ 3.800.000

TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL M/TCE

SALDO ANTERIOR \$14.566.600

NUEVO SALDO PENDIENTE DE PAGO \$10.766.600

DISCRIMINACIÓN PRESUPUESTAL A CAUSAR

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

|               | Número | Valor         | Fecha      |
|---------------|--------|---------------|------------|
| CDP Inicial   | 25125  | \$ 15.200.000 | 06/05/2025 |
| CDP Adición 1 |        |               |            |
| CDP Adición 2 |        |               |            |
| CDP V. Futura |        |               |            |

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

|               | Número | Valor         | Fecha      |
|---------------|--------|---------------|------------|
| CRP Inicial   | 43025  | \$ 15.200.000 | 20/05/2025 |
| CRP Adición 1 |        |               |            |
| CRP Adición 2 |        |               |            |
| CRP V. Futura |        |               |            |

Tipo de cuenta bancaria: Cuenta de ahorros

Cuenta bancaria N°: 24129687861

Nombre del Banco: Banco Caja Social BCSC S.A.

Régimen: No responsable

Actividad CIU N°: 8299

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO ME PERMITO CERTIFICAR:

Marque con una X

X

Que el contratista cumplió con el OBJETO para el cual se suscribió el contrato.

X

Que el contratista cumplió con las OBLIGACIONES estipuladas en el contrato.

X

Que el contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, y cumplió con los aportes a salud, AFP y ARL.

X

Que se recibió el informe y entrega de las evidencias, productos o bienes del contrato, lo cual una vez revisado y aprobado se deja a disposición en el Sistema de Gestión Documental SECOP en su respectivo PDF

Se adjuntan los siguientes documentos requeridos en el proceso:

PARA PAGO PARCIAL

| Persona Natural                                                      | Persona Jurídica                      |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar fact) X | 1. Factura N°                         |
| 2. Certificado cumplimiento X                                        | 2. Informe de actividades             |
| 3. Informe de actividades X                                          | 3. Planilla seguridad social          |
| 4. Planilla seguridad social X                                       | 4. Certificación aportes parafiscales |
|                                                                      | 5. Entrada de almacén                 |
|                                                                      | 6. Acta recibido a satisfacción       |

PARA PAGO TOTAL O ULTIMO PAGO:

| Persona Natural                                                       | Persona Jurídica                      |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura) | 1. Factura N°                         |
| 2. Certificado cumplimiento                                           | 2. Informe final detallado            |
| 3. Informe de actividades                                             | 3. Planilla seguridad social          |
| 4. Planilla seguridad social                                          | 4. Certificación aportes parafiscales |
| 5. Acta de Entrega                                                    | 5. Entrada de almacén                 |
|                                                                       | 6. Acta recibido a satisfacción       |
|                                                                       | 7. Evaluación desempeño               |

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente, conforme se señala en la cláusula de valor y forma de pago del contrato.

Nombre: MARIA DEL PILAR BERNAL CANO

Firma aprobación:

RADICACIONES

Recursos Financieros

Fecha:

Firma:

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DEL  
CONTRATISTA

Referencia: Certificación de cumplimiento de requisitos como contratista (Art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013 Decrero 1070 de 2013)

Fecha: 30/06/2025

DE CONFORMIDAD CON LA REFERENCIA ME PERMITO MANIFESTARLE LO SIGUIENTE, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:

Datos Generales

Nombre del Contratista: LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS  
Numero de identificacion: 1000252393  
Régimen al que pertenece: No responsable

Declaración de ingresos:

Los servicios técnicos o profesionales que presto, requieren del uso de materiales o equipo especializado  
SI ☐ NO ☒  
Los servicios tecnicos o profesionales son prestados de forma personal  
SI ☒ NO ☐  
Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal  
SI ☒ NO ☐

Aportes obligatorios al sistema de seguridad social

Nº Planilla de pago: 87553038 Mes que aporta: Mayo  
Operador PILA: COMPENSAR Valor aporte a EPS: \$ 209.700  
Valor aporte a ARL: \$ 17.600 Valor aporte a AFP: \$ 268.300  
VALOR TOTAL: \$ 495.600

Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención e investigacion  
SI ☒ NO ☐

Soy pensionado  
SI ☐ NO ☒ De: \_\_\_\_\_

Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema ordinario de renta  
SI ☐ NO ☒

Realizo aporte a una cuenta AFC  
SI ☐ NO ☒ \$ 0

Tiene dependientes económicos  
SI ☐ NO ☒

Durante el presente mes de esta certificación obtuve gastos de desplazamiento  
SI ☐ NO ☒ \$ 0

Nombre del contratista: LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS  
Firma: 

DOCUMENTO EQUIVALENTE  
A LA FACTURA



| DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA |                            | N° CONSECUTIVO     |                           |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|
| NOMBRE:                         | LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS | 273                | 2                         |
| DIRECCION:                      | CALLE 24 A SUR # 0-66 ESTE |                    |                           |
| TELEFONO:                       | 3225099003                 |                    |                           |
| CIUDAD:                         | Bogotá D-C-                |                    |                           |
| NIT/CC:                         | 1000252393                 | (000): N° Contrato | (XX): Consecutivo factura |

CONCEPTO

| No. CONTRATO                       | DESCRIPCIÓN DEL OBJETO                                                                                                                            | \$ 3.800.000 |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 273                                | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS TRÁMITES, PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LAS OPERACIONES. |              |
| TIPO DE CUENTA: Cuenta de ahorros  |                                                                                                                                                   |              |
| CUENTA BANCARIA N°: 24129687861    |                                                                                                                                                   |              |
| BANCO: Banco Caja Social BCSC S.A. |                                                                                                                                                   |              |

|                 |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| VALOR EN LETRAS | TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL M/TCE |
|-----------------|-------------------------------------|

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| REGIMEN:          | No responsable |
| ACTIVIDAD CIU No. | 8299           |
| DE LA CIUDAD DE : | Bogotá D-C-    |

Declaro que los aportes al Sistema de Seguridad Social, derivados del presente cobro, fueron pagados mediante planillas de las cuales se adjunta fotocopia.

Nombre: LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS

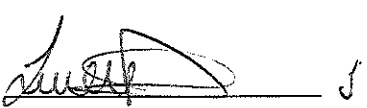
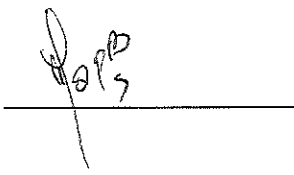
Firma:

INFORME DETALLADO  
DE ACTIVIDADES

|                         |                              |                 |     |
|-------------------------|------------------------------|-----------------|-----|
| Nombre del Contratista: | LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS   | N° de contrato: | 273 |
| Oficina o Grupo:        | DELEGATURA PARA LA OPERACIÓN |                 |     |
| N° Informe:             | 2                            | de              | 5   |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA |                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                        | Brindar orientación a los usuarios sobre los trámites, procedimientos y requisitos que adelanta la entidad, de manera clara, respetuosa y oportuna.                   | Durante el periodo comprendido se brindó informacion sobre el estado de tramites radicados antes la superintendencia, correspondientes al grupo de esquemas de autoprotección.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 2                                        | Atender y canalizar adecuadamente las consultas recibidas por los diferentes canales de atención dispuestos por la entidad.                                           | Durante el periodo correspondiente se recepcionaron los tramites radicados ante ventanilla digital y atencion al usuario, correspondientes a los tramites que adelanta la coordinacion de esquemas de autoproteccion, posteriormente realice el debido reparto de acuerdo con las instrucciones de la coordinadora del grupo de esquemas de auto proteccion.                                                                                                                                                                  |
| 3                                        | Apoyar en la revisión y análisis de documentos presentados por los usuarios, verificando su pertinencia y cumplimiento de requisitos legales.                         | Durante el periodo comprendido entre el 16 al 31 de mayo, de acuerdo a los tramites recibidos de los diferentes canales de radicacion, recibi y verifique la pertinencia de los tramites de acuerdo a la coordinacion de grupo de esquemas de autoproteccion                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 4                                        | Brindar apoyo con el manejo del archivo de la entidad especialmente con la documentación de la delegada de operaciones de la superintendencia de vigilancia.          | Durante el periodo correspondiente, realicé apoyo en la organización, clasificacion y la rotulacion de cajas de la documentacion que su custodia esta bajo la coordinacion de grupo de esquemas de autoproteccion.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 5                                        | Realizar seguimiento a los requerimientos de los usuarios, informando avances o resultados conforme a los lineamientos institucionales.                               | Se ha gestionado y dado respuestas a los avances y estado de los tramites correspondientes a la coordinacion de grupo de esquemas de autoproteccion cuya informacion se pasa a atencion al usuario, para que la infromacion la alleguen a los usuarios                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 6                                        | Apoyar en la Redacción de conceptos, respuestas y comunicaciones necesarias para la atención adecuada de los usuarios, cuando así se le solicite.                     | Durante el periodo correspondiente se ajustaron al nombre de nuevo revisor y delegada para la Operación de los servicios de vigilancia y seguridad privada, las resoluciones proyectadas de las solicitudes de Cancelación de blindaje los siguientes radicado 2025003467, 2025003182CE Y 2025003183 y memorando de solicitud de antecedentes para proceder con el proyeccion de resolucion de exclusion e inclusion de usuarios de vehiculos blindados de los siguientes radicados 2025004725CE, 2025005077CE y 2025005227CE |
| 7                                        | Apoyar en la elaboración o revisión de actos administrativos, en los casos que estén relacionados con la atención al ciudadano o con los procesos internos asignados. | A la fecha de presentacion del presente informe, realicé la proyeccion de las resoluciones de las solicitudes de Cancelación de blindaje los siguientes radicado 2025003467, 2025003182CE Y 2025003183 y memorando de solicitud de antecedentes para proceder con el proyeccion de resolucion de exclusion e inclusion de usuarios de vehiculos blindados de los siguientes radicados 2025004725CE, 2025005077CE y 2025005227CE                                                                                               |

INFORME DETALLADO  
DE ACTIVIDADES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Apoyar en el desarrollo de procesos internos, conforme a las funciones asignadas y necesidades institucionales.                                                                                 | Durante el periodo comprendido entre el 01 al 30 de junio de 2025, se tramitaron y avanzaron para revisión, las resoluciones y los trámites correspondientes a los trámites de cancelacion de blindaje e inclusion y exclusion de usuarios de vehiculo blindado asignados.             |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Participar en reuniones, comités o espacios de articulación convocados por la entidad, cuando se requiera su intervención o asistencia.                                                         | Durante el periodo correspondiente el día 5 de junio se asistio a una capacitacion con la Dra. Paola Sabogal coordinadora de grupo de esquemas de autoproteccion.                                                                                                                      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Velar por el cumplimiento de las normas de protección de datos personales en la atención al usuario y manejo de información confidencial                                                        | Durante el periodo comprendido entre el 01 al 30 de junio de 2025, se ha cumplido con la reserva de la información que por razón u ocasión a los tramites recibidos y consultados y que la suscrita se ha tenido acceso, cumpliendo cabalmente con la presente obligación contractual. |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cumplir con los tiempos de respuesta y calidad exigidos por la entidad, en el manejo del archivo de los documentos de la entidad y con las actividades asignadas dentro del marco del contrato. | Durante el periodo correspondiente de 01 al 30 de junio 2025, se asistió a las reuniones convocadas con la supervisora del contrato, dando cabalidad cumplimiento a la presente obligación contractual.                                                                                |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Presentar informes periódicos de gestión, que den cuenta de las actividades desarrolladas, dificultades identificadas y resultadas obtenidas.                                                   | Se ha gestionado y dado respuesta a los requerimientos realizados por la coordinadora del grupo de esquemas de autoprotección y de la supervisor sobre los trámites asignados.                                                                                                         |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Convocar y asistir a las reuniones requeridas durante la ejecución del presente contrato.                                                                                                       | Durante el periodo comprendido entre el 26 al 30 de mayo de 2025, se asistio a las reuniones convocadas, dando cumplimineto con la obligacion contractual.                                                                                                                             |
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Como <b>contratista</b> me permito certificar que la información aquí consignada corresponde a las actividades realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones de mi contrato.<br>Que previamente se realizo la revisión con el supervisor del cumplimiento de dichas actividades, las cuales son verificables y veraces. |                                                                                                                                                                                                 | Como <b>supervisor</b> de este contrato me permito certificar que:<br>-Durante el presente periodo el contratista dio cumplimiento al objeto del contrato, previa verificación de las actividades ejecutadas.<br>-La información anteriormente descrita fue corroborada y aprobada.    |
| Firma Contratista:                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                 | Firma Supervisor:                                                                                                                                                                                 |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |                       |              |                                   |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           | DIRECCIÓN             | TÉLEFONO     | CÓRREO                            | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 1000252393        | LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS | CL 34 A SUR 0 86 ESTE | 3225099003   | luisfernandadiazvargas3@gmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO                |                                     |
| UNICA               | I - Independiente |                            |                       | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.                       | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |                    |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD           |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLERADOS         | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1                  | 0   |
| PERIODO SALUD        |                                  |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR      |     |
| 2025-05              |                                  |               |                          |                 | 87553038 \$495.600 |     |
| 2025-05              |                                  |               |                          |                 |                    |     |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860068942-7 | 209.700                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 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 UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
|            |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 25-14      | Colpensiones | 900336004-7 | 268.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 268.300       | 1             |

TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre           | NIT        | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Días | Valor Mora Cotización | Valor Mora Subtotal | No. Radicado Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|------------------|------------|------------------------|------------------|-------|------|-----------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |                  |            |                        | No. Autorización | Valor |      |                       |                     |                            |                   |               |               |
| 14-23      | Positiva Seguros | 86011163-6 | 17.600                 |                  |       | 0    | 17.600                | 0                   | 176                        | 17.600            | 17.600        | 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 |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| 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                              | 209.700                             | 209.700       |
| Pensión                | 1                              | 268.300                             | 268.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 17.600                              | 17.600        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 495.600                             | 495.600       |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                            |                       |                    |                                    |                                           |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE           | DIRECCIÓN             | TÉLEFONO           | CORREO                             | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 1000252393         | LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS | CL 34 A SUR 0 86 ESTE | 3225093003         | luisafernandadiazvargas3@gmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL         | DEPARTAMENTO          | CIUDAD / MUNICIPIO |                                    |                                           |
| ÚNICA                 | 1 – Independiente  |                            | BOGOTÁ D. C.          | BOGOTÁ D.C.        |                                    |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DUMMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
| 2025-05              | 2025-05                          | I             | 19/06/2025               | 87553038        | 1             | 0   |
|                      |                                  |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | \$495.800     |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |                      |                            |          |         |                  |                       |     |     |     |     |     |     |         |            |         |            |                       |                      |                                |                 |           |                      |         |           |            |              |         |            |                        |             |             |            |            |   |
|-----------------------|----------------------|----------------------------|----------|---------|------------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------------|---------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|-----------------|-----------|----------------------|---------|-----------|------------|--------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                      |                            |          |         |                  | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |            |         |            | SALUD                 |                      |                                | REDES LABORALES |           |                      | CCF     |           |            | PARAMÉTRICOS |         |            |                        |             |             |            |            |   |
| Tipo                  | Nº de Identificación | Apellidos y Nombres        | Opciones | Subtipo | Código cotizador | Riesgo                | IAE | IAZ | IAV | IAW | IAJ | IAK | IAL     | Corrección | Cdd AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Cdd EPS         | IBC EPS   | Cotización Valor UPC | Cdd ARL | IBC ARL   | Cotización | Código CCF   | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros paramétricos | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ARL | Artes ESUP |   |
| CC                    | 1000232393           | DÍAZ VARGAS LUISA FERNANDA | S9       | 0       | N                |                       |     |     |     |     |     |     |         |            | 28-14   | 1.676.834  | 268.300               | 0                    | 0                              | 0               | 1.676.834 | 209.700              | 14-23   | 1.676.834 | 2          | 17.600       |         | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0          | 0          | 0 |

