

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                         |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|-----|-------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                         |     |                               | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                         |     | ANGÉLICA ESTUPIÑAN RODRIGUEZ  |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                         |     | C.C                           | X                   | C.E                     | No.           |               | 1030545414                                                                          |             |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                         |     | angelica.cols@hotmail.com     |                     |                         |               | CELULAR:      |                                                                                     | 3012562283  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                         |     |                               |                     | SUBRED                  |               |               |                                                                                     |             |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                         |     | PIC COORDINACIÓN PIC FONTIBON |                     |                         |               | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED      |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo         | %   |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | FO09K33-6               | 100 |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO DAVIVIENDA S.A    |     |                               |                     | TIPO DE CUENTA:         |               | AHORRO        |                                                                                     |             |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                         |     | 7300738650                    |                     |                         |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO          |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                         |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  | 1145                    |     |                               |                     | VIGENCIA                |               |               | 2024                                                                                |             |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 165                     |     | FECHA                         |                     | 2025-01-20 17:29:27.000 |               | NÚMERO DE CRP |                                                                                     | 8844        |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 2025-01-20 18:10:00.000 |     | FECHA                         |                     | 2025-01-20 18:10:00.000 |               |               |                                                                                     |             |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | TECNICO ADMINISTRATIVO  |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                         |     | DESDE                         |                     | FECHA INICIAL           |               | HASTA         |                                                                                     | FECHA FINAL |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                         |     |                               |                     | 2024-08-01              |               |               |                                                                                     |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                         |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                         |     |                               |                     | \$2,460,374             |               |               |                                                                                     |             |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                         |     |                               |                     |                         |               | \$20,913,026  |                                                                                     |             |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                         |     |                               |                     |                         |               | \$20,913,026  |                                                                                     |             |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                         |     |                               |                     |                         |               | \$2,460,374   |                                                                                     |             |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                |  |                         |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| 78869538                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$984,150               |     | \$123,019                     |                     | \$157,464               |               | 3             |                                                                                     | \$23,974    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                         |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |  |                         |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| ISLENA TORRES ACOSTA<br>51840427<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                               |  |                         |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |  |                         |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |  |                         |     |                               |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                               | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Se hace entrega de los productos de acuerdo al lineamiento y solicitudes del supervisor, obligaciones contractuales                                                                       | Se realiza consolidación de entrega de EPP a entornos y componentes planillas de entrega, planilla de vehículos del mes anterior organizadas por componente acorde a indicaciones de la SDS, matriz de oficios radicados a SDS respuestas emitidas desde la Subred, para consolidación de obligaciones contractuales. |
| 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-Subred Sur Occidente                                                                                                                                                                                                                        | Solicitud aplicativo Dinamica semanalmente de insumos EPP requeridos por los entornos y componentes, entrega de correspondencia al área de gestión documental para trámite de radicación. | Sorpote de solicitudes por entorno y/o componente en PDF, planillas de correspondencia y respuestas tramitadas vía correo electrónico, Aplicativo agilsalud actualizado                                                                                                                                               |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado                                                                                                                                                                      | No se programan en el periodo                                                                                                                                                             | No se programan en el periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se realiza alistamiento de auditoria                                                                                                                                                      | Se realiza alistamiento y presentación de auditoria                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Respuesta oportuna a requerimientos de la coordinación PIC                                                                                                                                | Se brinda respuesta a las solicitudes de información allegadas a la coordinación, solicitud de insumos por parte de componentes y/o entornos, requerimientos de la sede de manera oportuna.                                                                                                                           |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Entrega oportuna de información solicitada por entes de control, SDS y dependencias internas de la Subred, revisión diaria de correo electrónico, atención al usuario.                    | Revisión diaria de aplicativo agilsalud, actualizado, respuestas enviadas en medio físico y vía correo electrónico, según requerimiento de la Dirección de Gestión del riesgo                                                                                                                                         |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado                                                                                                                                                                                                                                                                           | Respuesta oportuna a requerimientos de la coordinación PIC                                                                                                                                | Se brinda respuesta a las solicitudes de información allegadas a la coordinación, solicitud de insumos por parte de componentes y/o entornos, requerimientos de la sede de manera oportuna.                                                                                                                           |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas por el líder operativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Solicitud aplicativo Dinamica semanalmente de insumos EPP requeridos por los entornos y componentes, entrega de correspondencia al área de gestión documental para trámite de radicación. | Sorpote de solicitudes por entorno y/o componente en PDF, planillas de correspondencia y respuestas tramitadas vía correo electrónico, Aplicativo orfeo actualizado                                                                                                                                                   |
| Asistir, participar activamente de las acciones del PSPIC en concordancia a la labor misional y/o institucional de requerirse, adicionalmente prestar apoyo, y participar en la atención de eventos de interés en salud pública según se requiera. Transversale                                                                                                                                        | Entrega oportuna de información solicitada por entes de control, SDS y dependencias internas de la Subred, revisión diaria de correo electrónico, atención al usuario.                    | Revisión diaria de aplicativo agilsalud, actualizado, respuestas enviadas en medio físico y vía correo electrónico, según requerimiento de la Dirección de Gestión del riesgo                                                                                                                                         |
| Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se realizan las actividades acorde a los lineamientos de SDS y Subred                                                                                                                     | se da cumplimiento a las actividades con oportunidad y calidad                                                                                                                                                                                                                                                        |

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.

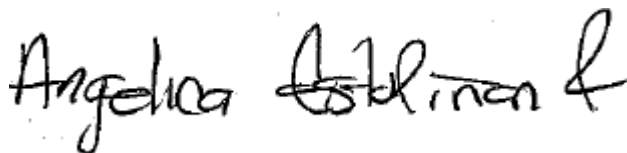
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 1030545414-1145-2024  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGELICA ESTUPIÑAN RODRIGUEZ  
CC 1.030.545.414 DE Bogotá

La suma \$ 2.460.374 Dos millones cuatrocientos sesenta mil trescientos setenta y cuatro pesos, por concepto de servicios Técnico Administrativo – Técnico 2 durante el periodo del 01 al 31 Agosto 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1145-2024



ANGÉLICA ESTUPIÑAN RODRÍGUEZ  
CC 1.030.545.414 DE Bogotá  
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA  
NUMERO 7300738650

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                                 |        |                             |                    |                           | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|---------------------------------|--------|-----------------------------|--------------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO                    |                                           |
| CC                    | 1030545414         | ANGELICA ESTUPIÑAN<br>RODRIGUEZ |        | CALLE 37 A SUR # 93 -<br>70 | 7385622            | angelica.cols@hotmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                | CIUDAD / MUNICIPIO |                           |                                           |
| ÚNICA                 | I – Independiente  |                                 |        | BOGOTÁ D. C.                | BOGOTÁ, D.C.       |                           | SI                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                    |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                    |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-07              | 2024-07                            | I             | 09/08/2024               | 78869538        | \$429.600     |     |

### 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 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 4         | 500                   | 0              | 163.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |           |             |                        | 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 |
|-----------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 4         | 700                   | 0              | 208.700       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700                 |                  |       |                        | 31.700                | 4         | 100                   | 31.800              |                            |                     | 317               | 31.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 26.000       | 4         | 100               | 26.100        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 4         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 4         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 162.500                             | 163.000       |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 208.700       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.800        |
| CCF                    | 1                              | 26.000                              | 26.100        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 4                              | 428.200                             | 429.600       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                          |                    |                           |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                    |
| CC                  | 1030545414        | ANGELICA ESTUPIÑAN RODRIGUEZ |        | CALLE 37 A SUR # 93 - 70 | 7385622            | angelica.cols@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                           |
|                     |                   |                              |        |                          |                    | SI                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC       |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 10        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |           |
| 2024-07              | 2024-07                           | I             | 09/08/2024               | 78869538        | \$429.600 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |  |  |  |  |           |        |                       |                  |           |     |     |     |     |     |     |     |         |      |     |     |     |     |       |     |     |                   |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|--|--|--|--|-----------|--------|-----------------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |  |  |  |  |           |        | INFORMACIÓN NOVEDADES |                  |           |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |      |     |     |     |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |          |           | CCF        |                      |                      | PARAFISCALES                   |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          |  |  |  |  | Cotizante | Sueldo | Excedente             | Columna exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT     | SILN | IOE | IVA | IVA | AVP | AVP   | VCT | IRL | CONEXIÓN          | 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   | 1030545414            | ESTUPIÑAN RODRIGUEZ ANGELICA |  |  |  |  | 59        | 0      |                       |                  | N         |     |     |     |     |     |     |     |         |      |     |     |     |     |       |     |     |                   | 231001   | 1.300.000 | 208.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.300.000 | 162.500                | 14-11    | 1.300.000 | 3               | 31.700     | CCF24      | 1.300.000 | 26.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA