

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | <b>FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                                                                                                        |                             |  |               |
| Dependencia:                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | GERENCIA                           |                                                                                                        |                             | Fecha: Septiembre de 2025                                                          |               |
| ACTO ADMINISTRATIVO                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| DATOS DEL CONTRATO                                                              | Valor Contrato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 6.600.000,00                       |                                                                                                        | Valor a Pagar:              | 2.200.000,00                                                                       |               |
|                                                                                 | Número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CO1.PCCNTR.8204031                 | Fec. Suscripción:                                                                                      | 15/08/2025                  | Fecha de iniciación:                                                               | 15/08/2025    |
|                                                                                 | N° CDP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 250804042                          | Fecha:                                                                                                 | 04/08/2025                  | Fecha de terminación:                                                              | 31/10/2025    |
|                                                                                 | N° RP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 250815032                          | Fecha:                                                                                                 | 15/08/2025                  | Duración                                                                           | Meses 78 Días |
|                                                                                 | Rubro Presupuestal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Servicios Tecnicos Administrativos |                                                                                                        | Periodo a pagar:            | Periodo No. 1 del contrato                                                         |               |
|                                                                                 | Requiere Informe:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Entregó Informe:                   | Suspensión                                                                                             | En tiempo                   | Prorroga                                                                           | En tiempo     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                            | LA CONTRATACIÓN DE UNA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES QUE BRINDE ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE OPERATIVO Y LOGÍSTICO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LOS PROCESOS DE ASEPSIA, HIGIENE, SEGURIDAD Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES, EL MOBILIARIO, LOS EQUIPOS Y DISPOSITIVOS DE LA SEDE FÍSICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO.                                                                                                                                                     |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| FORMA DE PAGO:                                                                  | El valor del contrato es de SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$6.600.000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor de la prestación de los servicios se pagará en Tres (03) cuotas, por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.200.000), previa presentación de la cuenta de cobro y el informe de Gestión. PARÁGRAFO. Para efectos de los desembolsos de que trata la presente cláusula, la Contratista deberá acreditar su debida afiliación y cotizaciones al Sistema de Seguridad Social. |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| Nombre:                                                                         | MAYURIS MARÍA MARTINEZ HERAZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| Identificación:                                                                 | Tipo de documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Cédula:X                           | Nit:                                                                                                   | Número: 30896301            | DV.                                                                                |               |
| Dirección:                                                                      | CARRERA 6 # 1a-72 MACHADO - BOLIVAR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| Número de Teléfono:                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                                        | FAX:                        | CEL: 3116538891                                                                    |               |
| Clase y número de cuenta                                                        | Corriente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ahorros X                          | Número:                                                                                                | 293276796                   | Banco: BANCO DE BOGOTA                                                             |               |
| ASPECTOS TRIBUTARIOS                                                            | Marque con "X"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Persona Natural: X                 | Persona Jurídica                                                                                       | Regimen                     | simplificado                                                                       |               |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Gran Contribuyente                 | Autoretenedor                                                                                          |                             |                                                                                    |               |
|                                                                                 | He verificado de esta información frente al RUT:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                        |                             | SI X NO                                                                            |               |
| INFORME DEL SUPERVISOR                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD                                               | El contratista presentó el informe correspondiente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                                 | X                                                                                                      | NO                          | No Folios 3                                                                        |               |
|                                                                                 | El informe cumple con lo estipulado en el contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X                                  | Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano                                                   |                             |                                                                                    |               |
|                                                                                 | Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| APORTES SEGURIDAD SOCIAL                                                        | Persona Natural:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
|                                                                                 | Aportes a Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                                        | Aportes a Pensión           |                                                                                    |               |
|                                                                                 | Valor pagado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 178.800                            | Periodo                                                                                                | AGOSTO 2025                 | Valor pagado                                                                       | 228.900       |
|                                                                                 | Comprobante de pago Número:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 9490454549                         |                                                                                                        | Comprobante de pago Número: | 9490454549                                                                         |               |
|                                                                                 | Fecha de pago:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 09/09/2025                         |                                                                                                        | Fecha de pago:              | 09/09/2025                                                                         |               |
|                                                                                 | Aportes a ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                        | NOTA:                       |                                                                                    |               |
|                                                                                 | Valor pagado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 34.900                             | Periodo                                                                                                | AGOSTO 2025                 |                                                                                    |               |
| Comprobante de pago Número:                                                     | 9490454549                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| Fecha de pago:                                                                  | 09/09/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| SOLICITUD DE PAGO                                                               | Certifico que las actividades se estan ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplio con los pagos de la seguridad social en salud, arl y pension, conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato por lo tanto autorizo el pago.                                                                                                                                                                                             |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| APLICACION RETENCION                                                            | Manifesto y declaro bajo la gravedad juramentada que; Para efectos de la base del calculo de la retencion en la fuente establecidas en el Articulo 1.2.4.1.6 del decreto unico tributario 1625 de 2016 el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compesaciones por servicios personales bajo cierta circunstancia, que NO he contratado o vinculado dos (02) o mas trabajadores o contratista asociados a mi actividad economica por un termino superior a 90 dias continuos o discontinuos. |                                    |                                                                                                        |                             |                                                                                    |               |
| Anexos:                                                                         | Copia de aporte de pensión SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    | Copia de aporte de salud SI                                                                            |                             | Cuenta de Cobro SI                                                                 |               |
| FIRMA CONTRATISTA:                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | FIRMA SUPERVISOR:  |                             |                                                                                    |               |
| NOMBRE CONTRATISTA:                                                             | MAYURIS MARÍA MARTINEZ HERAZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    | NOMBRE SUPERVISOR: ALEXANDRA DANIELA CASSIANO OROZCO                                                   |                             |                                                                                    |               |
| C.C.:                                                                           | 30896301                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    | CARGO: SUBGERENTE                                                                                      |                             |                                                                                    |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br/> <b>CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO</b><br/> <b>NIT 806008082-4</b></p>  | <p><b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE<br/> CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS<br/> DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A<br/> LA GESTIÓN</b></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Arroyohondo, Bolívar.  
Fecha: Septiembre de 2025

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTRATISTA</b>                    | <b>MAYURIS MARÍA MARTINEZ HERAZO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>FECHA DEL CONTRATO:</b>            | <b>15/08/2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nº DEL CONTRATO:</b>               | <b>CO1.PCCNTR.8204031</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:</b> | <b>LA CONTRATACIÓN DE UNA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES QUE BRINDE ACOMPAÑAMIENTO Y SOPORTE OPERATIVO Y LOGÍSTICO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LOS PROCESOS DE ASEPSIA, HIGIENE, SEGURIDAD Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES, EL MOBILIARIO, LOS EQUIPOS Y DISPOSITIVOS DE LA SEDE FÍSICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO.</b> |
| <b>PLAZO:</b>                         | <b>Desde el acta de inicio hasta el Treinta y Uno (31) de Octubre de 2025.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>SUPERVISOR:</b>                    | <b>ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el primer período del contrato, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

| <b>Obligaciones contractuales</b>                                                                                                                                                            | <b>Actividades ejecutadas</b>                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Garantizar que se mantengan unas condiciones de asepsia e higiene adecuadas, en especial en las áreas críticas y de atención médica, la infraestructura, mobiliarios y equipos de la ESE. | 1. Revisé las condiciones de asepsia e higiene para que mantuvieran adecuadas, en especial en las áreas críticas y de atención médica, la infraestructura, mobiliarios y equipos de la ESE. |
| 2. Procurar mantener la limpieza adecuada de los equipos que se encuentran en las instalaciones del Hospital.                                                                                | 2. De los equipos que se encuentran en las instalaciones del Hospital, mantuve la limpieza adecuada de estos.                                                                               |
| 3. Mediante la correcta ejecución de sus actividades, contribuir a mantener la seguridad de las personas dentro del edificio de la ESE.                                                      | 3. Contribuí al mantenimiento y la seguridad de las personas dentro del edificio de la ESE.                                                                                                 |
| 4. Proveer a los usuarios de vestuario y ropa de cama en condiciones asépticas.                                                                                                              | 4. Promocione a los usuarios de vestuario y ropa de cama, en condiciones asépticas.                                                                                                         |
| 5. Garantizar que los pacientes y el personal cuenten con los servicios                                                                                                                      | 5. Para la atención en consulta externa y emergencia, garantice que los                                                                                                                     |



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO  
NIT 806008082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE  
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS  
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A  
LA GESTIÓN**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>auxiliares generales de apoyo para la atención en consulta externa y emergencia.</p> <p>6. Aplicar los protocolos y guías de manejo establecidos por la E.S.E Centro de salud con Cama de Arroyohondo.</p> <p>7. Cumplir con la clasificación de los residuos hospitalarios que se generen en los servicios, según lo establecido en el Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios.</p> <p>8. Cumplir con el reglamento de higiene y seguridad de acuerdo al programa de salud ocupacional.</p> <p>9. Reportar los incidentes y eventos adversos en cada uno de los servicios ante el respectivo jefe del servicio o de turno.</p> <p>10. Disponibilidad de prestar sus servicios en horarios diurnos y nocturnos de acuerdo a la necesidad de la institución.</p> | <p>pacientes y el personal de la ESE, cuenten con los servicios generales de apoyo.</p> <p>6. Lleve a cabo la aplicación de los protocolos y guías de manejo establecidos por la E.S.E Centro de salud con Cama de Arroyohondo.</p> <p>7. Según lo establecido en el Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios, cumplí con la clasificación de los residuos hospitalarios que se generaron en los servicios.</p> <p>8. De acuerdo al programa de salud, lleve a cabo el cumplimiento del reglamento de higiene y seguridad.</p> <p>9. Ante el respectivo jefe del servicio o de turno, realice el reporte de los incidentes y eventos adversos en cada uno de los servicios.</p> <p>10. De acuerdo a la necesidad de la institución, preste mis servicios en horarios diurnos y nocturnos.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Cordialmente,

  
**MAYURIS MARÍA MARTÍNEZ HERAZO**  
C.C. No. 30.896.301 de Calamar Bolívar

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |               |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección     | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 30896301                   |    | MARTINEZ HERAZO MAYURIS MARIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 6 # 1a-72 | ARROYOHONDO-BOLIVAR | 11111111 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |                 |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                 |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Valor     |
| 2025-08                           | 2025-08 | 1000000682 |  | 9490454549 | I        | 2025/09/02 | 2025/09/09 | BANCO DE BOGOTA | \$442,600 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                  |                |                  |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |
|---------------------------------------------------|----------------|------------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO                                          |                |                  | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.                                               | Identificación | Nombres          | Codigo  | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días | IBC         | Aporte   | Días         | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                 |                |                  |         |      | \$1,423,500 | \$227,800 |        |      | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)       |                |                  |         |      | \$1,423,500 | \$227,800 |        |      | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: ARROYOHONDO Depto: BOLIVAR ( 1 Afiliados) |                |                  |         |      | \$1,423,500 | \$227,800 |        |      | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |
| 1                                                 | CC 30896301    | MARTINEZ MAYURIS | Z30301  | 30   | \$1,423,500 | \$227,800 | ESSC07 | 30   | \$1,423,500 | \$178,000 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$1,423,500 | \$34,700 | 0            | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                               |                |                  |         |      | \$1,423,500 | \$227,800 |        |      | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$34,700 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |               |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion     | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 30896301                   |    | MARTINEZ HERAZO MAYURIS MARIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 6 # 1a-72 | ARROYOHONDO-BOLIVAR | 1111111  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                 |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago            |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Dias Mora | Valor     |
| 2025-08                           | 2025-08 | 1000000682 | 9490454549 | I        | 2025/09/02 | 2025/09/09 | BANCO DE BOGOTA | 7         | \$442,600 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$227,800       | \$1,100        | \$0                    | \$228,900     |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$227,800       | \$1,100        | \$0                    | \$228,900     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$34,700        | \$200          | \$0                    | \$34,900      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$34,700        | \$200          | \$0                    | \$34,900      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$178,000       | \$800          | \$0                    | \$178,800     |  |
| MUTUAL SER               | ESSC07 | 806,008,394 | 7  | 1         | \$178,000       | \$800          | \$0                    | \$178,800     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$440,500       | \$2,100        | \$0                    | \$442,600     |  |