

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          |                        | Versión<br>3                     |              |  |                            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                          |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | Sol Yaneth Penagos suarez                |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                      | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 52165938                   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | angelhaver15@gmail.com                   |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3123972585                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                          |                        | SUBRED                           |              |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU46K33-5         | 100                      |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                          |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 21111557966                              |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1014                     |                                          |                        | VIGENCIA                         |              | 2025                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1767              | FECHA                    | 2025-08-27<br>13:17:12.000               |                        | NÚMERO DE CRP                    | 38577        | FECHA                                                                               | 2025-08-31<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                    | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          | 2025-09-01             |                                  |              | 2025-09-30                                                                          |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                          |                        | \$2,539,887                      |              |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$20,991,098 |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$18,441,732 |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$2,539,887  |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                          |                        |                                  | \$2,549,366  |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                          |                        |                                  | 88%          |                                                                                     |                            |
| El interventor 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                                                                       |                            |
| 88959566                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,013,194       | \$126,649                |                                          | \$162,111              | 3                                | \$24,681     | \$313,442                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<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 gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Acciones en equipos extramurales y sus diferentes estrategias cumpliendo con los lineamientos, entrega de formatos en físico y digitales con veracidad, calidad y oportunidad                                                                                            | Formato de caracterización y tamizajes.<br>Diligenciamiento de cronograma diario.<br>Diligenciamiento de bases de datos correspondiente                                                                                                        |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Dar cumplimiento con la meta diaria planteada para el respectivo mes y entrega de soportes definidos según el lineamiento.                                                                                                                                               | Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes físicos y digitales establecidos por la SDS                                                                                                                                             |
| Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo de la identificación de sus necesidades<br>Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo de la identificación de sus necesidades y prioridades en salud / intersectorial y prioridades en salud / intersectorial | Formato de activación de ruta digital.<br>Envío de canalizaciones digitales<br>Diligenciamiento de bases de datos                                                                                                                              |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo su necesidad y prioridad en salud / intersectorial                                                                                                                                                                    | Formato de caracterización y tamizaje<br>Envío de canalizaciones digitales<br>Diligenciamiento de bases de datos                                                                                                                               |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred                                                                                                                                                                                                                                                                         | Asistir a capacitaciones e inducciones para identificación de estrategias para elaborar y desempeñar actividades en campo                                                                                                                                                | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                                                                                                                      |
| Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social                           | Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social |
| Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención                                            | Entrega de soportes con los criterios de calidad, revisión y corrección de hallazgos y alistamiento de auditoría                                                                                                                                                         | Formato de caracterización y tamizajes.<br>Diligenciamiento de cronograma diario.<br>Envío de canalizaciones digitales.<br>Diligenciamiento de bases de datos                                                                                  |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | se realiza y presenta cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos                                                                                                           | se realiza envío del cronograma de las actividades mensuales                                                                                                                                                                                   |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO se generan glosas en las acciones realizadas durante el mes.                                                                                                                                                                                                          | No aplica                                                                                                                                                                                                                                      |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.                                                                                                                                         | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas                                                                                                                                       |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Acciones en equipos extramurales identificación de necesidades, problemáticas en salud                                                                                                                                                                                   | Formato de caracterización y tamizajes, según parámetros de SDS.                                                                                                                                                                               |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social                           | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas                                                                                                                                       |
| Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Realizar adecuado uso de los implementos de identificación personal para un mejor acceso para la identificación de riesgos                                                                                                                                               | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                                                                                                                      |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Mantener en óptimas condiciones los equipos biomédicos para obtener un resultado adecuado de medidas antropométricas.                                                                                                                                                    | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                                                                                                                      |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                                                                                                                                                | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS de acuerdo con las actividades programadas.                                                                                                                                      |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                           |        |                   |                    |                        |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------|-------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                                  | 52165938          | SOL YANETH PENAGOS SUAREZ |        | calle 1 # 18 a 09 | 3123972585         | angelhaver15@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                        |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                           |        | CUNDINAMARCA      | SOACHA             |                        |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                           |        |                   |                    | NO                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-08              | 2025-08                           | I             | 09/09/2025               | 88959566        | \$469.000        |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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

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

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            |                     | 347               | 34.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |             |              |           |
|---------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 28.500       | 0         |
|               |                |  |  |  |             | 0            |           |
|               |                |  |  |  |             | 0            |           |
|               |                |  |  |  |             | 28.500       |           |
|               |                |  |  |  |             |              |           |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.700        |
| CCF                    | 1                              | 28.500                              | 28.500        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 469.000                             | 469.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                   |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN         | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52165938          | SOL YANETH PENAGOS SUAREZ |        | calle 1 # 18 a 09 | 3123972585         | angelhawer15@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                           |        | CUNDINAMARCA      | SOACHA             |                                     |
|                     |                   |                           |        |                   |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                           |        |                   |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2025-08              | 2025-08                           | I             | 09/09/2025               | 88959566        | \$469.000 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                     |  |  |           |        |                       |                   |           |     |     |     |     |     |         |     |     |      |     |     |       |     |     |                   |         |          |         |            |                      |                      |                                |                                 |          |         |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------|--|--|-----------|--------|-----------------------|-------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|------|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|---------|----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                     |  |  |           |        | INFORMACIÓN NOVEDADES |                   |           |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |      |     |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |         |          | CCF     |            |                      | PARAFISCALES         |                                |                                 |          |         |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres |  |  | Cotizante | Sueldo | Exonerado             | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP     | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | VAC   | AVP | VCT | IRL               | CONSEJO | 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   | 52165938              |                     |  |  | 57        | 0      |                       |                   | N         |     |     |     |     |     |         |     |     |      |     |     |       |     |     |                   |         |          |         | 25-14      | 1.423.500            | 227.800              | 0                              | 0                               | 0        | 0       | EPS008                 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11           | 1.423.500  | 3          | 34.700  | CCF24      | 1.423.500              | 28.500      | 0           | 0           | 0          |

PAGADA