

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | nelly esperanza ciranicicua rivera                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 53132643   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | esperanzarivera254@gmail.com                       |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3118836973 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                    |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ASUNCION BOCHICA |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU46V07-15        | 100                      |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                    |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 550488419987455                                    |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 5771                     |                                                    |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2142              | FECHA                    | 2025-11-05 00:00:00.000                            | NÚMERO DE CRP       | 49894                            | FECHA         | 2025-11-10 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                                                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                              | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    | 2025-10-05          |                                  |               | 2025-10-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                    | \$2,980,800         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$2,980,800   |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$2,980,800   |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$2,980,800   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                    |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                    |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 89823413                                                                                                                                                                                                                                                     | \$966,261         | \$120,783                | \$154,602                                          | 3                   | \$23,538                         | \$298,923     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, 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 las acciones de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes                                            | Participar en acciones en territorio con los equipos MAS Bienestar; realizar visitas familiares, actividades colectivas, caracterizaciones, tamizajes y seguimiento según los lineamientos | Formatos de caracterización y tamizajes diligenciados; cronograma diario y mensual; bases de datos actualizadas. |
| 2.- Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Asistir y participar en jornadas institucionales o comunitarias de promoción, prevención y atención, conforme a la programación mensual                                                    | Cronogramas de actividades; registros de asistencia; soportes físicos y digitales de participación.              |
| 3.- Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y/o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada Ejecutar actividades comunitarias; identificar alertas en salud pública; canalizar usuarios; hacer seguimiento y registrar acciones en formatos institucionales. Formatos de activación de ruta; reportes de canalización; base de datos de seguimiento; registros de asistencia. | Ejecutar actividades comunitarias; identificar alertas en salud pública; canalizar usuarios; hacer seguimiento y registrar acciones en formatos institucionales                            | Formatos de activación de ruta; reportes de canalización; base de datos de seguimiento; registros de asistencia  |
| 4.- Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Asistir y aportar en reuniones técnicas, capacitaciones y comités institucionales                                                                                                          | Listas de asistencia, actas o reportes de reunión                                                                |
| 5.- Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e informes requeridos, productos, bases de datos, 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 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                                                                                                                                                                       | Planear, ejecutar y reportar actividades; entregar informes y bases de datos según lineamientos del supervisor                                                                             | Cronograma mensual; informes de gestión; bases de datos y productos ajustados conforme a observaciones           |
| 6.- Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Organizar documentos y soportes solicitados en auditorías internas o externas                                                                                                              | Carpeta de soportes; evidencias de respuesta a requerimientos; reportes de auditoría                             |
| 7.- Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Actuar con ética, respeto y coherencia institucional en todas las actividades                                                                                                              | Reporte positivo de comportamiento institucional; cumplimiento del Código de Ética.                              |
| 8.- Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Utilizar el carné institucional durante las actividades; cuidar los equipos e insumos entregados                                                                                           | Registro fotográfico o verificación en campo; formato de préstamo y devolución de equipos.                       |
| 9.- Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Organizar, rotular y entregar los soportes documentales conforme a las políticas institucionales.                                                                                          | Entrega de carpetas con soportes; evidencias en físico y digital                                                 |
| 10.- El contratista guardará completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.                                                                                                                                                                                                                                           | Proteger la información sensible de usuarios e institución; aplicar buenas prácticas de manejo de datos                                                                                    | Declaración de confidencialidad; ausencia de reportes de filtración de información                               |
| 11.- Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Atender solicitudes extraordinarias del supervisor; colaborar en actividades complementarias                                                                                               | Informes adicionales o reportes de apoyo; evidencias de cumplimiento de requerimientos.                          |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NELLY ESPERANZA CIRANICICUA RIVERA**

**CC: 53132643 de Bogotá**

La suma de Dos millones novecientos ochenta mil ochocientos pesos Mcte) (\$2.980.800), por concepto de servicios como gestor, en el marco del convenio Equipos Mas Bienestar en tu Hogar , durante el periodo de 5 al 31 de octubre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5771-2025**



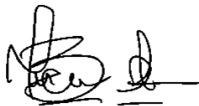
**NELLY ESPERANZA CIRANICICUA RIVERA**

**C.C.53 132 643 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0550488419987455**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 5 al 31 de octubre 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo**



---

**Yorleny Beltrán Cangrejo**

**Líder Operativa**

**Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión**



**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**

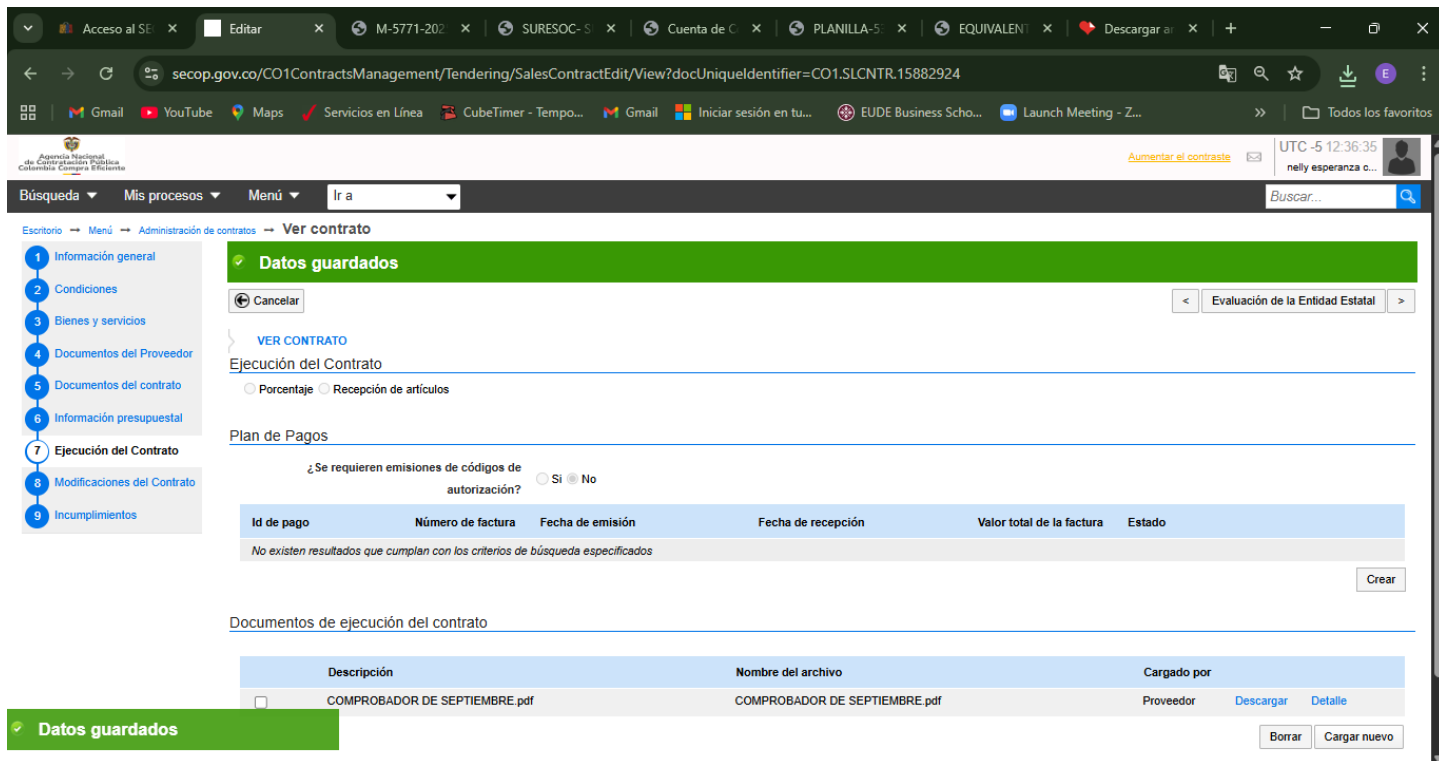
**Apoyo a la supervisión**

---

**Equipos Mas Bienestar en tu**

**Hogar**

**NELLY ESPERANZA CIRANICICUA RIVERA**  
**CC 53132643 DE BOGOTA**  
**PANTALLASO DE SECOP**





| 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   |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 14/10/2025               | 89823413        | \$450.400     |     |

### 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 4         | 500                   | 0              | 178.500       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 4         | 600                   | 0              | 228.400       | 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                | 4         | 100                   | 34.800              |                            |                     | 347               | 34.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF21         | Cafam  | 860013570-3 | 8.600        | 4         | 100               | 8.700         | 1             |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.500       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 228.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.800        |
| CCF                    | 1                              | 8.600                               | 8.700         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 4                              | 449.100                             | 450.400       |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                    |        |                    |                    |                            |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------------|--------|--------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                   |        | DIRECCIÓN          | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                                  | 53132643          | NELLY ESPERANZA CIRANICICUA RIVERA |        | CRA 90 3 78 37 SUR | 3118836973         | ESPERANZA_8523@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                    | CÓDIGO | DEPARTAMENTO       | CIUDAD / MUNICIPIO |                            |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                    |        | BOGOTÁ D. C.       | BOGOTÁ, D.C.       |                            |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                                    |        |                    |                    | NO                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 14/10/2025               | 89823413        | 10        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 | \$450.400 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                    |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |        |           |         |                   |                      |                      |                                |                                 |           |              |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----------|---------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|--------------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                    |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD  |           |         | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |           | PARAFISCALES |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres                | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA    | 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   | 53132643              | CIRANICICUA RIVERA NELLY ESPERANZA | 59        | 0       |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0                 | 0                    | 0                    | 0                              | EPS005                          | 1.423.500 | 178.000      | 14-11                  | 1.423.500 | 3       | 34.700          | CCF21      | 1.423.500  | 8.600   | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           |            |

PAGADA