

|                                                                                   |                                                   |  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                                    |            |                                      |               |          |
|-------------------------|------------------------------------|------------|--------------------------------------|---------------|----------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                             | 2025-11-01 | Hasta:                               | 2025-11-30    |          |
| Nombre del Contratista: | ANA ISABEL ACOSTA AREVALO          |            | Número de Documento:                 | 51847739      |          |
| Correo Electrónico:     | bellisa65@hotmail.com              |            | Número Telefónico:                   | 3213120609    |          |
| Nombre del Supervisor:  | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | Cargo:     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código Grado: | - 242-25 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                                |               |      |                       |      |
|--------------------------------|------------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                  | 7554-2025                                      | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 1678 |
| Perfil:                        | TECNICO 1 PIC                                  |               |      |                       |      |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC |               |      |                       |      |
| Unidad de Servicios:           | USS CANDELARIA LA NUEVA                        |               |      |                       |      |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                          |                                                        |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                 | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| K26PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                          | 184          | 0                        | 16200      | \$2980800 | 100%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2980800                               | DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2025-10-03          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-11-30 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             | CDP        |
| 1                                   | 2025-11-14   | 2026-01-09          | 1           | \$ 2980800                                | 1889       |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   |              | OCTUBRE             |             | \$ 2980800                                |            |
| 2                                   |              | NOVIEMBRE           |             | \$ 2980800                                |            |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|

Carretera 20 No. 47 b - 25 Sur Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

| \$ 5961600                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 8942400                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 5961600                                                                                                                                                                           | \$ 2980800 |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                 |            |
| 1                                                       | Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad                                                                                                                                                                  | -Diligenciamiento adecuado y de calidad del formato SIS 150 de la estrategia Extramural, registrando diariamente a la población vacunada, previa verificación del antecedente Vacunal en Físico/Digital de las personas encontradas durante la ejecución de las tácticas Extramurales. | -Formato SIS 150.                                                                                                                                                                    |            |
| 2                                                       | Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte3. Realizar procedimiento de vacunación teniendo en cuenta los 10 correctos para el proceso de administración verificando antecedentes vacunales y evitando errores programáticos en el momento de la administración. | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                                                                                                                         | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                       |            |
| 3                                                       | Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                                                                                                                         | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                       |            |
| 4                                                       | Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización.                                                                                                                                                                                                                                                        | -Realizar seguimiento a la planeación y ejecución de las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), garantizando el cumplimiento de los cronogramas y metas establecidas.                                                                                              | -Se realiza la entrega de los seguimientos de acuerdo con la asignación diaria establecida.                                                                                          |            |
| 5                                                       | Revisar y consoliDar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS, localidad y Subred, verificando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas validado por el equipo de sistemas de información.                                                                                         | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                                                                                                                         | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                       |            |
| 6                                                       | Registrar en físico o digital, según programación, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio.                                                                                                                                                                                                            | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                                                                                                                         | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                       |            |
| 7                                                       | Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred                                                                                                                                                                                                   | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                                                                                                                         | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                       |            |
| 8                                                       | Realizar las entregas y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos a las IPS públicas y privadas, garantizando las condiciones técnicas y logísticas para la adecuada entrega de los mismos.                                                                                                                      | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                                                                                                                         | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                                       |            |
| 9                                                       | Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                     | -Participar mensualmente en las reuniones del Comité Extramural, conforme a la programación establecida y en cumplimiento de las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).                                                                                               | -Efectuar el registro de asistencia mediante firma en los listados correspondientes y aplicar las evaluaciones de pretest y postest durante las reuniones y actividades programadas. |            |
| 10                                                      | Consolidar y hacer seguimiento al reporte de control de fechas de vencimiento de medicamentos inmunobiológicos por fabricación, ventana de uso y/o disponibilidad en el Programa Permanente y Covid-19 de la Subred.                                                                                                                              | -Entrega oportuna, clara y veraz de cada formato implementado, conforme a los lineamientos y protocolos establecidos.                                                                                                                                                                  | -Diligenciamiento del formato SIS 150 y entrega de los formatos en tiempo real, garantizando precisión y oportunidad.                                                                |            |

Carretera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                      | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                              |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 11                                                             | Realizar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS                        | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                   | -No aplica para el mes actual.                           |
| 12                                                             | Realizar seguimiento a la operación de los vehículos para la entrega de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos.                               | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                   | -No aplica para el mes actual.                           |
| 13                                                             | Realizar el 100% de arqueos a la modalidad de extramural de la Subred y a las IPS que presenten diferencias en los arqueos reportados por el profesional intramural. | -No aplica para el mes actual.                                                                                                                                   | -No aplica para el mes actual.                           |
| 14                                                             | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales                                                                     | -Realizar acciones complementarias propias del perfil que apoyen el fortalecimiento de las actividades misionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). | -Registros o reportes de apoyo a actividades misionales. |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                               |                       |               |                |     |                                                        |                            |                                                  |                     |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|----------------|-----|--------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|------------|
| Periodo al que corresponde el pago                                                                                                     |                       | Fecha de Pago |                |     | Número de Planilla                                     | Factura Electrónica        | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |                     | \$ 2980800 |
| AÑO                                                                                                                                    | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA | 90959955                                               | -                          |                                                  |                     |            |
| 2025                                                                                                                                   | OCTUBRE               | 2025          | 11             | 13  |                                                        |                            |                                                  |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                       |               |                |     | DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS |                            |                                                  |                     |            |
| Item                                                                                                                                   |                       |               |                |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |            |
| Pensionado                                                                                                                             |                       |               |                | NO  | PORVENIR                                               | \$ 1423500                 | \$ 227760                                        | \$ 228000           |            |
| Salud                                                                                                                                  |                       |               |                |     | COMPENSAR                                              |                            | \$ 177938                                        | \$ 178200           |            |
| ARL                                                                                                                                    |                       |               |                | 3   | SURA                                                   |                            | \$ 34676                                         | \$ 34800            |            |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                       |               |                | NO  |                                                        | Total                      | \$ 413129                                        | \$ 441000           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                       |               |                |     |                                                        |                            |                                                  |                     |            |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta |     | AHORROS                                                |                            | Número de Cuenta                                 | 4800356133          |            |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                       |               |                |     |                                                        |                            |                                                  |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                       |               |                |     | USUARIO                                                |                            |                                                  | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                       |               |                |     | ANA ISABEL ACOSTA AREVALO                              |                            |                                                  | 2025-11-24 17:37:01 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                       |               |                |     | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA                     |                            |                                                  | 2025-11-28 13:13:50 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                       |               |                |     | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                              |                            |                                                  | 2025-11-28 21:46:51 |            |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA |                       |               |                |     | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                         |                            |                                                  | 2025-12-10 12:41:15 |            |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

*Yolanda Janneth Montilla*

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 16:42:58  
ANA ISABEL ACOSTA...



Buscar...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 [Información general](#)

2 [Condiciones](#)

3 [Bienes y servicios](#)

4 [Documentos del Proveedor](#)

5 [Documentos del contrato](#)

6 [Información presupuestal](#)

7 [Ejecución del Contrato](#)

8 [Modificaciones del Contrato](#)

9 [Incumplimientos](#)

### Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

#### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                        | Nombre del archivo        | Cargado por                                                 |
|----------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CTO-7554-2025-OCTUBRE.pdf | CTO-7554-2025-OCTUBRE.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
|                                                    |                           | <a href="#">Borrar</a> <a href="#">Cargar nuevo</a>         |

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

**Pago PSE****Resultado de su transacción****Código único CUS**

1924456343

**Destino de pago**

COMPENSAR-OI

**Motivo**

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**

12/11/2025

**Número de aprobación**

00456343

**Dirección IP**

186.29.207.153

**Valor transacción**

\$ 441.000,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1****Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

51847739

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |                        |              |                       |                                     |  |  |  |
|---------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          | DIRECCIÓN              | TELÉFONO     | CORREO                | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 51847739          | ANA ISABEL ACOSTA AREVALO | CLL 57 C SUR # 77 K 70 | 1234567      | BELLISA65@HOTMAIL.COM |                                     |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO                 | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO    |                                     |  |  |  |
| ÚNICA               | I - Independiente |                           |                        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.           | NO                                  |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                 |               |                        |                 |               |     |
|----------------------|---------------------------------|---------------|------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESANO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                 |               |                        |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                 |               |                        |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        |                                 |               |                        |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-10              | 2025-10                         |               | 13/11/2025             | 9059955         | \$441.000     |     |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |           |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-----------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad | Días Mora | No. Afiliados |
| EPS008        | Compensar EPS | 860068942-7 | 178.000                | 0             | No. Autorización | Valor |                     |           |               |
|               |               |             |                        |               | 0                | 0     |                     | 1         | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 1         | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |               |            |           |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|---------------|------------|-----------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros |            | Días Mora | No. Afiliados |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 34.700                 | No. Autorización | Valor | Valor Neto    | Cotización |           |               |
|                           |          |             |                        |                  |       | 34.700        | 100        | 1         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar | No. Afiliados |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.200       | 178.200       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 228.000       | 228.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.800        | 34.800        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 440.500                             | 441.000       | 441.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |                        |              |                       |                                     |  |  |  |
|---------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          | DIRECCIÓN              | TELÉFONO     | CORREO                | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 51847739          | ANA ISABEL ACOSTA AREVALO | CLL 57 C SUR # 77 K 70 | 1234567      | BELLISA65@HOTMAIL.COM |                                     |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO                 | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO    |                                     |  |  |  |
| ÚNICA               | I – Independiente |                           |                        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.           | NO                                  |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |           |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/ANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMES/ANO) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPLEADOS | UPC |
|                      |                                  |               |                         |                 | 1         | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                | TOTAL A PAGAR |                         |                 |           |     |
| 2025-10              | 2025-10                          | I             | 13/11/2025              | 90959/955       | \$441,000 |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                      |                           |                       |         |            |                    |    |     |     |     |     |     |         |     |     |     |    |            |          |           |                   |                       |                      |                                |                                 |          |           |                       |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|----------------------|---------------------------|-----------------------|---------|------------|--------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|----|------------|----------|-----------|-------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|-----------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACION COTIZANTE |      |                      |                           | INFORMACION NOVEDADES |         |            |                    |    |     |     |     |     |     | PENSION |     |     |     |    | SALUD      |          |           | RIESGOS LABORALES |                       |                      |                                | CCF                             |          |           | PARAFISCALES          |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No de Identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante             | Subtipo | Extranjero | Colomb. extranjero | NO | RET | TAE | TAP | VSP | VST | SLN     | LMA | VAC | AVC | RR | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización        | Voluntario 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 |
|                       | CC   | 51847739             | ACOSTA AREVALO ANA ISABEL | 59                    | 0       | N          |                    |    |     |     |     |     |     |         |     |     |     |    |            | 230301   | 1.423.500 | 227.800           | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.423.500 | 178.000               | 14-11    | 1.423.500 | 3               | 34.700     | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |