

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                                  |                    |                                |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN                        | TELÉFONO           | CORREO                         |
| CC                  | 52552164          | AMPARO CASTELLANO FAJARDO |        | calle 48 p bis c sur# 3-70 int 6 | 00000000           | amparocastellano70@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                |
| ÚNICA               | I – Independiente |                           |        | BOGOTÁ D. C.                     | BOGOTÁ, D.C.       |                                |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
| 92382671             | 16/12/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1             | 0   |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-11              | 2025-11                           | N             | 17/12/2025               | 92434988        | \$293.800     |     |

### 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 | 118.600                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1         | 100                   | 0              | 118.700       | 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 | 151.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 1         | 100                   | 0              | 151.900       | 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 | 23.100                 |                  |       |                        | 23.100                | 1         | 100                   | 23.200              |                            |                     | 231               | 23.200        | 1             |

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

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| 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 |
| Salud                  | 1                              | 118.600                             | 118.700       |
| Pensión                | 1                              | 151.800                             | 151.900       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 23.100                              | 23.200        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 293.500                             | 293.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN                        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52552164          | AMPARO CASTELLANO FAJARDO |        | calle 48 p bis c sur# 3-70 int 6 | 00000000           | amparocastellano70@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      |     |
| 92382671             | 16/12/2025                        |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-11              | 2025-11                           | N             | 17/12/2025               | 92434988        | \$293.800     |     |

| 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 exterior      | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | IVA | IVA | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS  | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL  | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 52552164              | CASTELLANO FAJARDO AMPARO |  |  |  | 59        | 0      |           | N                     | X         | X   |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     | 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          |

PAGADA

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** AMPARO CASTELLANO FAJARDO  
**No. Identificación:** CC52552164  
**Dirección:** CALLE 48 P BIS C SUR# 3- 70 INT 6  
**Telefono:** 00000000  
**Correo:** amparocastellano70@hotmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 92382671

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                           |
|---------------------------------|---------------------------|
| Nombre Aportante                | AMPARO CASTELLANO FAJARDO |
| Tipo y número de identificación | CC52552164                |
| Número de planilla              | 92382671                  |
| Fecha pago                      | 2025-12-16                |
| Número de autorización pago     | 2116649                   |
| Banco                           | 1083                      |

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| Número de Empleados           | 1                 |
| Periodo de Cotización Salud   | noviembre de 2025 |
| Periodo de Cotización Pensión | noviembre de 2025 |
| Número de Administradoras     | 3                 |
| Total Pagado                  | 147000            |
| Total Intereses de Mora       | 0                 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE        | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|---------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA      | 11600        | 1                   |
| 230301                | Porvenir      | 76000        | 1                   |
| EPS008                | Compensar EPS | 59400        | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 52552164  
APELLIDOS Y NOMBRES: AMPARO CASTELLANO FAJARDO

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS008   | 230301   | 474500    | 474500      | 474500      | 0         | 59400            | 0         | 76000              | 0                                | 11600              | 0            |

|                                                                                   |                                                                            |                   |                    |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|--|--|
|  | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>         |                   | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |  |  |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |                   | VERSIÓN: 4         |  |  |
|                                                                                   |                                                                            |                   | PÁGINA : 1 DE 1    |  |  |
|                                                                                   |                                                                            | FECHA: 07/11/2024 |                    |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |            |            |                |            |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------|------------|------------|------------|
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO</b> |            |            | <b>UNIDAD:</b> |            |            |            |
| <b>No. DE CONTRATO:</b> CPS -6918-2025                                                                                                                                                                                                          |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b>                                          | <b>Día</b> | <b>Mes</b> | <b>Año</b>     | <b>Día</b> | <b>Mes</b> | <b>Año</b> |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> Nathaly Puerto Bonilla (E )                                                                                                                                                                                       |  |                                                                     | 1          | 11         | 2025           | 4          | 11         | 2025       |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> AMPARO CASTELLANO FAJARDO                                                                                                                                                                                        |  | <b>DOCUMENTO:</b> 52.552.164                                        |            |            |                |            |            |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULATORIOS en la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano en la Subred Integrada de Servicio de Salud Norte ESE, programa Ruta de la Salud. |  |                                                                     |            |            |                |            |            |            |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                     |            |            |                |            |            |            |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                                                | Con base en el plan de acción definido anualmente por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, junto con el Programa Ruta de la Salud, se implementan de manera continua acciones que aportan al desarrollo operativo de los componentes estratégicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte                                                                                                   |
| 2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades                              | Desarrolle las actividades definidas dentro del proceso establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, en articulación con el Programa Ruta de la Salud, aportando al fortalecimiento de la Gestión Integral Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte."                                                                                                                  |
| 3.Revisar su programación de ruta una vez recibida, organizarla y reportar cualquier tipo de novedad que se presente en el traslado del usuario, garantizando un buen servicio y seguridad a través del acompañamiento, buen trato y cumplimiento de los recorridos.                                                                                                                                                     | Se verifico la programación de la ruta al momento de recibirla, acatando el plan de traslado de acuerdo con lo establecido, se reporto oportunamente cualquier novedad que se presento durante el recorrido, asegurando un servicio seguro, con acompañamiento y buen trato                                                                                                                                                        |
| 4.Dar cumplimiento a la programación y recorrido establecido y dispuesto por la coordinación del programa, de acuerdo a las rutas en las diferentes localidades de la Subred Norte.                                                                                                                                                                                                                                      | Se realizo puntualmente la programación asignada , desarrollando los recorridos establecidos en las diferentes localidades de la Subred Norte, garantizando cumplimiento, oportunidad y calidad en la prestación del servicio                                                                                                                                                                                                      |
| 5.Diligenciar con letra clara todos los campos de le formatos establecidos en la ruta de la Salud como soportes de la operación, presentar estas planillas, informes, reportes, en los tiempos establecidos garantizando la oportunidad veracidad y confidencialidad de los mismos. Realizar los reportes correspondientes en los tiempos y formatos establecidos (número de personas, traslados, kilometraje, relevos). | Se diligencio de manera legible y completa todos los campos de los formatos establecidos en el programa Ruta de la Salud, asegurando la veracidad y confidencialidad de la información registrada. Tambien se entrego en los tiempos establecidos las planillas de socializacion y planillas de traslados.                                                                                                                         |
| 6.Brindar un buen trato a los usuarios y compañeros de trabajo, manejando una comunicación asertiva, trato humano, ético y respetuoso                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se brindo un trato humano, ético y respetuoso a los usuarios y compañeros utilizando una comunicación asertiva que favorezca el trabajo en equipo y una atención centrada en la humanización del servicio.                                                                                                                                                                                                                         |
| 7.Realizar actividades de sensibilización y orientación al usuario, frente al programa Ruta de la Salud cuando la rotación mensual así lo requiera o espontáneamente en las unidades donde no se ubican orientadores de la Ruta de la Salud                                                                                                                                                                              | Se realizo jornadas de sensibilización y orientación a (42) usuarios en el Hospital de suba sobre el Programa Ruta de la Salud, garantizando que los usuarios reciban información clara y oportuna.                                                                                                                                                                                                                                |
| 8.Realizar las paradas en los puntos predeterminados de llegada o salida de las rutas, ingresando a la unidad para captar usuarios e informar la llegada o salida y hacia dónde se dirige la Ruta. Durante el traslado realizar charlas educativas, agendar, informar, orientar, captar usuarios                                                                                                                         | Se realizaron las paradas en los puntos previamente establecidos de llegada y salida de las rutas, ingresando a las unidades para captar y trasladar (50) usuarios e informar sobre la llegada, destino y salida de la Ruta asignada .Durante el recorrido, se comunico el derecho y el deber del mes,se oriento mediante charlas como se debe realizar el agendamiento del programa Ruta de la salud para captar nuevos usuarios. |
| 9.Responder de manera oportuna las solicitudes telefónicas de los usuarios, apoyar la confirmación telefónica de los traslados cuando se requiera. Agendar la ruta de manera presencial o telefónica a usuarios en las unidades en las que se encuentran, de acuerdo a la programación de su cita médica.                                                                                                                | Se Atenderieron oportunamente las solicitudes de los usuarios, se realizo el agendamiento de manera presencial de (10) usuario en las unidades de atención, conforme a la programación de sus citas médicas.                                                                                                                                                                                                                       |
| 10.Notificar incidentes y eventos adversos y complicaciones derivados de las atenciones y de acuerdo a directrices de seguridad del paciente, prestando los primeros auxilios en caso de emergencia, está prohibido suministrar medicamentos durante el recorrido. Informar cualquier evento que se presente o que sea relevante para dar reporte a requerimientos de los superiores.                                    | Se reporto oportunamente a los superiores toda situación relevante según las directrices de seguridad del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11.Dejar evidencia en los casos que los pacientes no cumplan la cita en el punto de encuentro, o realicen mal uso del servicio de Ruta, reportando el incidente y enviando foto de la georreferenciación al grupo WhatsApp establecido en tiempo real.                                                                                                                                                                   | Se registro en tiempo real el desarrollo de la ruta, dejando evidencia mediante reporte escrito y envío de fotografía con georreferenciación al grupo de WhatsApp Operación Ruta                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 12.Establecer comunicación asertiva permanente con los orientadores de ruta que se encuentre en las unidades y con las auxilia lires de enfermería de las otras rutas para establecer y confirmar la llegada, recogida o trasbordos de los pacientes                                                                                                                                                                     | Se establecio comunicación asertiva y continua con la lider del programa Ruta de la salud , las compañeras auxiliares de enfermería y equipo administrativo , para coordinar la ejecucion del programa , garantizando la continuidad en el servicio.                                                                                                                                                                               |
| 13.Realizar limpieza y desinfección diaria (según instructivo de la ruta) del interior de los vehículos por lo menos dos veces al día o en caso de algún incidente biológico.                                                                                                                                                                                                                                            | Se realiza verificacion del estado del interior del vehiculo dos veces al dia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades, presentación personal, cuidado y uso racional de los recursos, seguridad y salud en el trabajo, Seguridad de la información, acorde con el desarrollo de las responsabilidades asignadas. | Se desarrollo de manera constante prácticas de autocontrol en la ejecución las funciones asignadas, garantizando el cumplimiento de actividades, una presentación personal adecuada, el uso racional de los recursos, el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo, y la protección de la información. |
| 15.Presentar los soportes para el pago de honorarios (planilla de pago de seguridad social, actividades y cuenta de cobro) en los tiempos y formatos establecidos, una vez se realice el pago, debe subir estos soportes al secop II.                                      | Se radico en los tiempos y formatos establecidos los soportes requeridos para el pago de honorarios (planilla de pago de seguridad social, informe de actividades y certificación bancaria).                                                                                                                               |
| 16.Las demás actividades que le sean afines con la naturaleza del contrato. El cumplimiento de las obligaciones se realizará en el marco del Convenio Interadministrativo                                                                                                  | Cuando se presentan requerimiento de apoyo actue con asertividad y apoyo al equipo de trabajo y de acuerdo con las directrices del líder de la líder del proceso.                                                                                                                                                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>TOTAL A PAGAR: DOSCIENTOS SETENTA Y TRES CON CINCUENTA MILÉSIMOS \$273.050</b>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <br><hr/> <small>AMPARO CASTELLANO FAJARDO CC: 52.552.164</small>                                                                                                                         | <br>Nathaly Puerto Bonilla (E )<br>Jefe Oficina Participación Comunitaria y Atención al Usuario<br>Noviembre 30 de 2025                                                                                                                 |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |