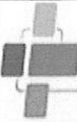


|                                                                                                                                                                |                                                                                 |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|                                                                                                                                                                | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E.                          | VERSIÓN: 5            |
|                                                                                                                                                                |                                                                                 | PÁGINA: 1 DE 1        |
|                                                                                                                                                                |                                                                                 | FECHA: 16/02/2018     |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA |                 |                           |                 |             |                 |            |                 |   |                 |   |                 |        |
|-----------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|--------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:     |                 | HERNANDEZ MARIN ALEJANDRO |                 |             |                 |            |                 |   |                 |   |                 | 380092 |
| TIPO DE DOCUMENTO:          |                 | Cedula                    | No.             |             | 1053802649      |            |                 |   |                 |   |                 |        |
| CORREO                      |                 | ALEJOHM990@HOTMAIL.       |                 | CELULAR     |                 | 3117355156 |                 |   |                 |   |                 |        |
| PROCESO:                    |                 | GESTION DEL RIESGO - PIL  |                 |             |                 |            |                 |   |                 |   |                 |        |
| SERVICIO:                   |                 | GESTION DEL RIESGO - PIL  |                 | UNIDAD:     |                 | Rionegro   |                 |   |                 |   |                 |        |
| CENTRO DE COSTOS            | Centro de costo | %                         | Centro de costo | %           | Centro de costo | %          | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | %      |
|                             | A00             |                           |                 |             |                 |            |                 |   |                 |   |                 |        |
| BANCO                       |                 | 28                        |                 | TIPO CUENTA |                 | SIN CUENTA |                 |   |                 |   |                 |        |
| NUMERO CUENTA BANCARIA      |                 | 0                         |                 |             |                 |            |                 |   |                 |   |                 |        |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                        |             |            |                          |       |       |            |     |     |      |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------|------------|--------------------------|-------|-------|------------|-----|-----|------|--|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                        | 3495-2025   |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       |       |            |     |     |      |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             | 350                    | FECHA       | 24/02/2025 | NÚMERO DE CRP: 1         | 16806 | FECHA | 04/03/2025 |     |     |      |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             | 510                    | FECHA       | 25/03/2025 | NÚMERO DE CRP: 2         | 17608 | FECHA | 25/03/2025 |     |     |      |  |  |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             | 531                    | FECHA       | 28/03/2025 | NÚMERO DE CRP: 3         | 19968 | FECHA | 31/03/2025 |     |     |      |  |  |
| OBJETO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO LL - INGENIERO (A) DE ALIMENTOS                                                                                                                                                                                            |                        |             |            |                          |       |       |            |     |     |      |  |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                        |             | DESDE      | DIA                      | MES   | AÑO   | HASTA      | DIA | MES | AÑO  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |             |            | 01                       | 04    | 2025  |            | 30  | 04  | 2025 |  |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |                        | Asistencial |            | RESERVA DE GLOSA 2%      |       | 0     |            |     |     |      |  |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    | 3,998,070 VALOR LETRAS |             |            |                          |       |       |            |     |     |      |  |  |
| 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 EJECUCION DEL CONTRATO       |            |
|-----------------------------------------|------------|
| CONCEPTO                                | VALORES    |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 14,881,234 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 7,192,180  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 3,998,070  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 184        |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 184        |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0          |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 7,689,054  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 48.33 %    |

|                                                                                                                                                                                                                                              |           |           |      |           |            |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. |           |           |      |           |            |                |
| PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
| 85336535                                                                                                                                                                                                                                     | 178,000   | 227,800   | 3    | 34,700    | 0          | 440,500        |
|                                                                                                                                                                                                                                              | 0         | 0         |      | 0         | 0          |                |
| El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.                                                                                                 |           |           |      |           |            |                |

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

*Sandra Mireya Sanchez*

SANDRA MIREYA SANCHEZ  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

*Alejandro Hernandez*

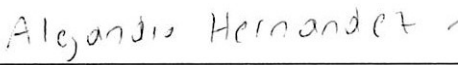
HERNANDEZ MARIN ALEJANDRO  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                  |                                                                            |  |  |  |  |  |                    |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|
|  | <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>VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL</b> |  |  |  |  |  | <b>UNIDAD:</b>             |  |  | <b>Salud Publica Pic</b> |            |             |            |            |                                     |  |  |  |  |  |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>          | <b>3495-2025</b>                        |  |  |  |  |  | <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>    | <b>SANDRA MIREYA SÁNCHEZ</b>            |  |  |  |  |  |                            |  |  | <b>1</b>                 | <b>4</b>   | <b>2025</b> | <b>30</b>  | <b>4</b>   | <b>2025</b>                         |  |  |  |  |  |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>   | <b>ALEJANDRO HERNANDEZ MARIN</b>        |  |  |  |  |  | <b>DOCUMENTO:</b>          |  |  | <b>1053802649</b>        |            |             |            |            |                                     |  |  |  |  |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>      |                                         |  |  |  |  |  |                            |  |  |                          |            |             |            |            | <b>PROFESIONAL UNIVERSITARIO II</b> |  |  |  |  |  |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ):</b> |                                         |  |  |  |  |  |                            |  |  |                          |            |             |            |            | <b>100</b>                          |  |  |  |  |  |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                         | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.- Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC, de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea                                                                             | Se realiza la planeación para la ejecución de 46 visitas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas, 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad.                                          |
| 2.- Estructurar y desarrollarse sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC                                    | No programado para este mes                                                                                                                                                                                            |
| 3.- Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión                                                                                                                      | Se diligencia el drive de entrega y se entregan los productos - actas semanales                                                                                                                                        |
| 4.- Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operativización de acciones de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC                   | Se entregan 46 actas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad.                                                                               |
| 5.- Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral                                                          | Se entregan 46 actas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad.                                                                               |
| 6.- Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC                                                                                             | Se entregan 46 actas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad.                                                                               |
| 7.- Aportar al proceso de análisis de la calidad de vida y salud, que orienten la toma de decisiones y la planeación, a través de la complementariedad sectorial y articulación intersectorial y comunitaria                                                     | Se entregan 46 actas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad.                                                                               |
| 8.- Participar en la implementación y evaluación de las políticas públicas, agendas locales y estrategias participativas intersectoriales y comunitarias                                                                                                         | Se entregan 46 actas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad.                                                                               |
| 9.- Fortalecer las redes comunitarias e institucionales para favorecer los procesos de notificación y canalización, así como la gestión efectiva de respuestas sectorial e interinstitucional, de acuerdo a los alcances de cada Espacio y/o proceso transversal | Se entregan 46 actas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad. Se da respuesta oportuna a quejas de la comunidad.                            |
| 10.- Hacer entrega de los reportes, informes y tableros de control propios de cada línea de trabajo, Espacio y/o Proceso Transversal                                                                                                                             | Se entregan los soportes correspondientes a 46 actas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad.                                               |
| 11.- Aportar a los procesos de archivo general del PSPIC, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente                                                                                                                    | No programado para este mes                                                                                                                                                                                            |
| 12.- Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred                                                      | Se realizan 46 actas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad. Se da respuesta oportuna a quejas de la comunidad. en la localidad de Usaquen |
| 13.- Realizar acciones de inspección de vigilancia y control verificando condiciones higiénico-sanitarias teniendo en cuenta la normatividad vigente lineamientos de SDS                                                                                         | Se realizan 46 actas de restaurantes, 3 operativos de alimentos y bebidas 8 supermercados intermedios, 1 fortalecimiento Y 1 publicidad. en la localidad de Usaquen                                                    |

|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.- Realizar acciones de vigilancia epidemiológica y ambiental (Si aplica)                                                                                                                               | No programado para este mes                                                                                                                                                                                                                             |
| 15.- Realizar aportes y articulación con estrategia de articulación                                                                                                                                       | No programado para este mes                                                                                                                                                                                                                             |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| TOTAL A PAGAR      \$ 3.998.070      TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS MCTE                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <div style="text-align: center;"> <br/> <u>ALEJANDRO HERNANDEZ MARIN</u><br/> CC.                      1053802649 </div> | <div style="text-align: right;"> Fecha :    30       4       2025<br/> <br/> Firma de recibido supervisor:<br/> SANDRA MIREYA SÁNCHEZ<br/> COORDINADORA PSPIC </div> |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                         |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |                        |              |                       |                                     |  |  |  | DATOS DE LA PLANILLA           |                         |               |                 |               |
|---------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|-------------------------|---------------|-----------------|---------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         | DIRECCIÓN              | TELÉFONO     | CORREO                | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  | PLANILLA ASOCIADA (DIAMES/ANO) | FECHA PAGO (DIAMES/ANO) | TIPO PLANILLA | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
| CC                  | 1053802649        | ALEJANDRO HERNANDEZ MARN | Calle 55 # 77 H 12 SUR | 3117355156   | ALEJOH990@HOTMAIL.COM |                                     |  |  |  |                                |                         |               |                 | EMPLAOS       |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO                 | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO    |                                     |  |  |  | PERIODO SALUD                  | 2025-03                 | 2025-03       | 85336535        | 1             |
| ÚNICA               | I - Independiente |                          | BOGOTÁ D. C.           | BOGOTÁ D. C. |                       |                                     |  |  |  |                                |                         |               |                 | TOTAL A PAGAR |
|                     |                   |                          |                        |              |                       |                                     |  |  |  |                                |                         |               |                 | \$440.500     |

## 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 |  |  |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 178.000                | 0             | No. Autorización | Valor               | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 1             |  |  |

| TOTALES PENSION |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Protección) | 800226739-0 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 227.800       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890603700-5 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            | 34,7              | 34.700        | 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                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |                        |               |                        |
|---------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|---------------|------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          | DIRECCIÓN              | TELÉFONO      | CORREO                 |
| CC                  | 1053802649        | ALEJANDRO HERNANDEZ MARIN | Calle 55 # 77 H 12 SUR | 3117355156    | ALEJOH1890@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO                 | DEPARTAMENTO  | CUIDAD / MUNICIPIO     |
| ÚNICA               | I - Independiente |                           |                        | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C.           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                                    |                 |                         |
|----------------------|------------------------------------|---------------|------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO PLANILLA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                |
|                      |                                    |               |                                    |                 | EMPLEADOS<br>1 0<br>URC |
| PERÍODO SALUD        | PERÍODO PENSIONES                  |               |                                    |                 | TOTAL A PAGAR           |
| 2025-03              | 2025-03                            | I             | 10/04/2025                         | 85336635        | \$440.500               |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE      |    |                     |                           |         |         |            |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |            | SALUD  |           |         | RIESGOS LABORALES   |                     |                   | CCF                       |                             | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                |         |            |                        |              |             |             |            |   |   |   |   |
|----------------------------|----|---------------------|---------------------------|---------|---------|------------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|------------|--------|-----------|---------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|----------------|---------|------------|------------------------|--------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|
| No. de Tipo Identificación |    | Apellidos y Nombres |                           | Celular | Subtipo | Extranjero | Columna exterior | Exonerado | REG | RET                   | TSE | TAL | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | KSE | LMA | VAC     | AVT | VCT | IRL | CORRECCIÓN |        | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización o Aduana | Voluntario o Aduana | Voluntario Aduana | Fondo pensional solidaria | Fondo pensional subsidencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Cotización CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENIA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |   |   |
| 1                          | CC | 1053802649          | HERNANDEZ MARIN ALEJANDRO | 391     | 0       | N          | 0                | 7         |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |            | 220607 | 1.423.500 | 227.800 | 0                   | 0                   | 0                 | 0                         | 0                           | EP5005       | 1.423.500 | 178.000                | 14-11    | 1.423.500 | 3              | 34.700  |            | 0                      | 0            | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 | 0 |