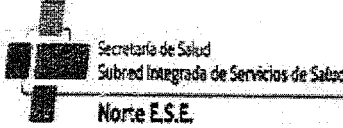


|                                                                                 |                                                                                 |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | 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: | SEPULVEDA HERNANDEZ EDNA KATERINE |     |                 |            |                 |   |                 |   |                 |   | 429025          |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:      | Cedula                            | No. | 1032358585      |            |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| CORREO                  | katy0900@hotmail.com              |     | CELULAR         | null       |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| PROCESO:                | Ambulancias y/o Secundarios       |     |                 |            |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| SERVICIO:               | Ambulancias y/o                   |     | UNIDAD:         | Chapinero  |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| 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

|                                |           |                          |            |
|--------------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 8910-2025 | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO |            |
| NUMERO DE CDP: 1               | 1473      | FECHA                    | 22/10/2025 |
| NUMERO DE CDP: 2               | 1912      | FECHA                    | 23/12/2025 |
| NUMERO DE CDP: 3               | 45        | FECHA                    | 08/01/2026 |
| NUMERO DE CDP: 4               | null      | FECHA                    | null       |
| NUMERO DE CRP: 1               | 54147     | FECHA                    | 01/11/2025 |
| NUMERO DE CRP: 2               | 63523     | FECHA                    | 23/12/2025 |
| NUMERO DE CRP: 3               | 2979      | FECHA                    | 19/01/2026 |
| NUMERO DE CRP: 4               | null      | FECHA                    | null       |

OBJETO: MEDICO GENERAL- APH

|                     |             |                     |     |      |       |     |     |      |
|---------------------|-------------|---------------------|-----|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE       | DIA                 | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                     |             | 01                  | 02  | 2026 |       | 28  | 02  | 2026 |
| TIPO SERVICIOS      | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0   |      |       |     |     |      |

VALOR MES 7,123,800 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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO                                | VALORES    |
|-----------------------------------------|------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 26,848,300 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 25,622,700 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 5,898,200  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 186        |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 154        |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0          |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 1,225,600  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 95.44 %    |

### El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

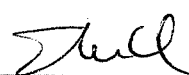
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

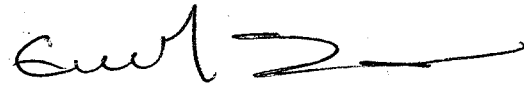
| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|----------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 48107724 | 344,000   | 440,300   | 5    | 0         | 0          | 784,300        |
|          | 0         | 0         |      | 0         | 0          |                |

12 HORAS DEL 16 DE ENERO/ 1 HORA POR FUERA DE SERVICIO/ 4 HORAS POR OPERATIVIDAD/ 12 HORAS EL 7 FEBRERO/ 2 HORAS POR COMUNICACION/ 1 HORA LLEGADA ATRDE MEDICO

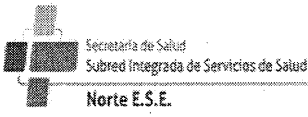
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

  
SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

  
SEPULVEDA HERNANDEZ EDNA KATERINE  
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 |
|                                                                                   |                                                                                |  | VERSIÓN: 4         |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |  | PÁGINA: 1 de 1     |
|                                                                                   |                                                                                |  | FECHA: 07/11/2024  |

|                                                                           |                      |                       |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| ÁREA Y/O SERVICIO: AMBULANCIAS APH - CONVENIO 8523057 DE 2025             | UNIDAD:              | USS Calle 80          |
| No. DE CONTRATO: 8910-2025                                                | Periodo certificado: | Día Mes Año           |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO                             |                      | 01/02/2026 28/02/2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: SEPULVEDA HERNANDEZ EDNA KATERINE                 | DOCUMENTO:           | 1032358585            |
| OBJETO DEL CONTRATO: POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL- APH |                      |                       |

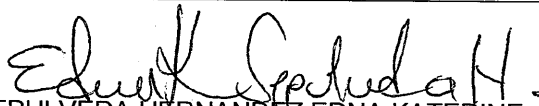
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 82,8%

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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.                                                                         | Todos los equipos biomédicos que ingresaron o fueron retirados de la ambulancia para dar cumplimiento con los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo se garantizó su limpieza y desinfección. Los guardianes permanecen en soportes fijos y rotulados. Todas las o letreros informativos dentro de la ambulancia son en material no lavable |
| 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 asignadas.                            | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH para el registro de los traslados y/o valoraciones realizados en ambulancia.                                     |
| 1. Prestar servicios profesionales como médico general del programa de Atención Prehospitalaria de la sub red integrada de Salud Norte E.S.E. durante el tiempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2. Realizar cambio de turno de manera presencial teniendo en cuenta lo estipulado en el PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA MI-GU-P-03.                                                                                                                                                                                                                                                             | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3. Despacho: 3.1 Recepción y confirmación de datos. 3.2 Supervisión del uso de elementos de seguridad. 3.3 Coordinar la elección de ruta de desplazamiento. 3.4 Reporte de novedades durante el desplazamiento.                                                                                                                                                                                                                 | Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se veló por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados lo estipulado en las guías y protocolos                                                                                                                                                       |
| 4. Atención del incidente: 4.1 Arribo de la escena. 4.2 Atención del paciente. 4.3 Reporte de datos. 4.4 Monitoreo continuo durante el traslado del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5. Entrega del paciente: 5.1 Presentación del paciente. 5.2 Apertura de Historia Clínica. 5.3 Reporte de condición de realistamiento y disponibilidad                                                                                                                                                                                                                                                                           | Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos                                                                                                                                                                                                                                           |
| 6. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                 | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizados por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH para el registro de los traslados y/o valoraciones realizados en ambulancia.                                     |
| 7. Reporte de sucesos de seguridad, Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.                                                                                                                                                                                                                                             | Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se velo por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados                                                                                                                                                                                               |
| 8. garantizar el diligenciamiento de la historia clínica de las valoraciones y/o traslados y la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones                                                                                                                                                                                           | Se realiza se seguimiento y control del diligenciamiento permanente con documentación completa en proforma NETUX                                                                                                                                                                                                                                            |
| 9. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Dar respuesta oportuna a las citaciones derivadas de los                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.                                                 | requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. |
| 10. Garantizar la debida utilización custodia y reposición de medicamentos controlados.                                                                                                        | Se realiza se seguimiento y control del diligenciamiento de libros de controlados entregados en cada turno                                     |
| 11. Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las Unidades de la Subred Norte E.S.E | se entrega Actas de asistencia custodiadas por la coordinación de la unidad funcional                                                          |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                |

**Observaciones: TRUE, 154 HORAS CERTIFICADAS** Forma de pago: el valor mensual se liquidará de acuerdo al registro de tiempo operativo en la plataforma netux y el resultado de los indicadores de disponibilidad y/o cumplimiento de horas ofertadas que entrega el CRUE por mes vencido.

**TOTAL A PAGAR (Número y Letras): (\$5.898.200,00) CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS M/CTE**

  
 SEPULVEDA HERNANDEZ EDNA KATERINE  
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL  
 CONTRATISTA:  
 C.C.:1032358585

Fecha: 28/02/2026

Firma de recibido supervisor:  Eliana Cristina Setelo

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                   |        |              |                    |                      |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|--------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                                  | 1032358585        | EDNA KATERINE SEPULVEDA HERNANDEZ |        | CL 164 62 29 | 3016300336         | katy0900@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 (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLÉADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 10/02/2026               | 48107724        | \$784.300        |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 344.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 344.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 440.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 440.300       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|---------------|--------|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |

| 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                              | 344.000                             | 344.000       |
| Pensión                | 1                              | 440.300                             | 440.300       |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 2                              | 784.300                             | 784.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |        |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1032358585        | EDNA KATERINE SEPULVEDA HERNANDEZ |        | CL 164 62 29 | 3016300336         | katy0900@hotmail.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                   |        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                   |        |              |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                   |        |              |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 10/02/2026               | 48107724        | \$784.300     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                   |           |         |           |                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |         |                        |              |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|--------------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                   |           |         |           |                 |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |          | SALUD     |            |                      | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 | CCF      |         |                        | PARAFISCALES |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres               | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de riesgo | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IDE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | 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   | 1032358585            | SEPULVEDA HERNANDEZ EDNA KATERINE | 3         | 0       |           | N               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    | 25-14    | 2.751.696 | 440.300    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | EPS010  | 2.751.696              | 344.000      |         | 0               |            | 0          |         | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA