

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ORTEGON MENDOZA EDNA CONSTAZA			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	52762256
CELULAR: 3219250458	CORREO ELECTRÓNICO: conyconsentida@hotmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENGVO2 - U C S CONVENIO APH - TRASLADO PRIMARIO
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 7590329624	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8816-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 0.85			
CDP 1	1473	FECHA	22/10/2025	CRP 1	54053	FECHA	01/11/2025
CDP 2	1909	FECHA	23/12/2025	CRP 2	63432	FECHA	23/12/2025
CDP 3	45	FECHA	07/01/2026	CRP 3	2897	FECHA	19/01/2026
CDP 4	298	FECHA	20/02/2026	CRP 4	13197	FECHA	28/02/2026
CDP 5	453	FECHA	20/03/2026	CRP 5	15443	FECHA	24/03/2026
CDP 6	550	FECHA	20/04/2026	CRP 6	16624	FECHA	29/04/2026

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.							
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		HASTA	
				DÍA	MES	AÑO	DÍA
				01	05	2026	31
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.611.440		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 14.040		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

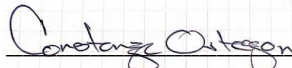
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 1H X REPORTE COMUNICACIÓN DESDE LAS 06:44 15 ABRIL/ 1H X LLEGADA TARDE DEL MEDICO 17 ABRIL/ 2H X REPORTE CRUE 5.7 X COMUNICACIONES DESDE LAS 05:47 27 ABRIL / SE CRUZA 2H SALIDA TARDE 27/04/2026/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 04/05/2026 • VALIDADO Y APROBADO 185 HORAS _DESCUENTO 1H X REPORTE COMUNICACION DESDE LAS 06:44 15 ABRIL/ 1H X LLEGADA TARDE DEL MEDICO 17 ABRIL/ 2H X REPORTE CRUE 5.7 X COMUNICACIONES DESDE LAS 05:47 27 ABRIL / SE CRUZA 2H SALIDA TARDE 27/04/2026/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 04/05/2026

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 18.415.920
VALOR EJECUTADO	\$ 13.193.040
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.597.400
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	185
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.222.880
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	71.6 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	V	\$ 0	\$ 499.100	75789402

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

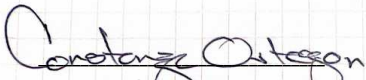
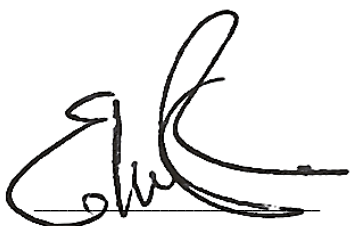
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA ORTEGON MENDOZA EDNA CONSTAZA CC: 52762256
--	--

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50			
							VERSIÓN: 4			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL						PÁGINA: 1 DE 1			
							FECHA: 07/11/2024			
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				UNIDAD: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80						
No. DE CONTRATO: 8816-2025				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ORTEGON MENDOZA EDNA CONSTAZA				DOCUMENTO: 52762256						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNÓLOGO - APH dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.										
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 71.6 %										
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, Auditoria 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 como auxiliar de enfermería o tecnólogo en APH 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 Reporte de novedades durante el desplazamiento.					Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE					
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.					Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos					
5. Entrega de paciente: 5.1 Arribo a la Institución, presentación y entrega del paciente. 5.2 Apertura de Historia Clínica. 5.3 Reporte de condición de re alistamiento y disponibilidad.					Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial					
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 esta 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. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad 8.1 Reporte y registro de sucesos de seguridad					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					
8.Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.					Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos como Reporte de condición de re alistamiento					
9.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.					Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizados por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma entidad					
10.Garantizar el diligenciamiento del registro asistencial de las valoraciones y/o traslados y la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la					Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos como Reporte de condición de re alistamiento en la ambulancias establecidas en el programa.					

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	
11. Responder y asistir 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.	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.
12. Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio, las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las ambulancias Básicas o Medicalizadas de la Subred Norte E.S.E.	se realizan actividades asignadas en dicho momento.

OBSERVACIONES:
185 HORAS CERTIFICADAS AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 1H X REPORTE COMUNICACION DESDE LAS 06:44 15 ABRIL/ 1H X LLEGADA TARDE DEL MEDICO 17 ABRIL/ 2H X REPORTE CRUE 5.7 X COMUNICACIONES DESDE LAS 05:47 27 ABRIL / SE CRUZA 2H SALIDA TARDE 27/04/2026/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 04/05/2026

TOTAL A PAGAR: \$ 2.597.400 – DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE
--

Fecha: 31/05/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ORTEGON MENDOZA EDNA CONSTAZA CC: 52762256	Fecha: 31/05/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725
--	---

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52762256	EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA	kr 80G 58 J 46 SUR	2111111	conyconsentida@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75789402	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$534.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200		0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria				Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
					No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	35.100	0	0	35.100	1	

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.200	534.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52762256	EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA	kr 80G 58 J 46 SUR	2111111	conyconsentida@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75789402	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$534.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VOT	INTL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 52762256	ORTEGON MENDOZA EDNA CONSTANZA	3	0			N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900		0	0		0	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52762256	EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA	kr 80G 58 J 46 SUR	2111111	conyconsentida@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75789402	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$534.200	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1	

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.200	534.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52762256	EDNA CONSTANZA ORTEGON MENDOZA	kr 80G 58 J 46 SUR	2111111	conyconsentida@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75789402	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$534.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VAP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VOT	INTL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52762256	ORTEGON MENDOZA EDNA CONSTANZA	3	0			N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900		0	0		0	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0