

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                    |            |                 |                  |                          |       |                 |     |                   |                       |                 |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------|-----------------|------------------|--------------------------|-------|-----------------|-----|-------------------|-----------------------|-----------------|---|--|
|                                                                                                                                                                               | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | GUEVARA VERA MONICA ANDREA         |            |                 |                  |                          |       |                 |     |                   |                       | 400832          |   |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 | Cedula                             |            |                 |                  | No.                      |       |                 |     | 1110459247        |                       |                 |   |  |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | null                               |            |                 |                  | CELULAR                  |       |                 |     | null              |                       |                 |   |  |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | EBEH                               |            |                 |                  |                          |       |                 |     |                   |                       |                 |   |  |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | EBEH                               |            |                 |                  | UNIDAD:                  |       |                 |     | Engativa          |                       |                 |   |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 9597-2024                          |            |                 |                  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       |                 |     |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             | 1673                                                                            | FECHA                              | 10/12/2024 |                 | NÚMERO DE CRP: 1 | 64790                    | FECHA | 11/12/2024      |     |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             | 104                                                                             | FECHA                              | 10/01/2025 |                 | NÚMERO DE CRP: 2 | 4472                     | FECHA | 15/01/2025      |     |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             | 252                                                                             | FECHA                              | 31/01/2025 |                 | NÚMERO DE CRP: 3 | 6245                     | FECHA | 31/01/2025      |     |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 4                                                                                                                                                                                                                                             | 531                                                                             | FECHA                              | 28/03/2025 |                 | NÚMERO DE CRP: 4 | 18833                    | FECHA | 31/03/2025      |     |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 5                                                                                                                                                                                                                                             | 561                                                                             | FECHA                              | 07/04/2025 |                 | NÚMERO DE CRP: 5 | 20451                    | FECHA | 09/04/2025      |     |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 6                                                                                                                                                                                                                                             | 792                                                                             | FECHA                              | 30/05/2025 |                 | NÚMERO DE CRP: 6 | 29125                    | FECHA | 31/05/2025      |     |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 7                                                                                                                                                                                                                                             | 1167                                                                            | FECHA                              | 26/08/2025 |                 | NÚMERO DE CRP: 7 | 42111                    | FECHA | 31/08/2025      |     |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 8                                                                                                                                                                                                                                             | 1324                                                                            | FECHA                              | 19/09/2025 |                 | NÚMERO DE CRP: 8 | 46209                    | FECHA | 29/09/2025      |     |                   |                       |                 |   |  |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | TECNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERIA |            |                 |                  |                          |       |                 |     |                   |                       |                 |   |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                    | DESDE      | DIA             | MES              | AÑO                      | HASTA | DIA             | MES | AÑO               |                       |                 |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                    |            | 01              | 08               | 2025                     |       | 31              | 08  | 2025              |                       |                 |   |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | Asistencial                        |            |                 |                  | RESERVA DE GLOSA 2%      |       | 0               |     |                   |                       |                 |   |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | 2,539,887                          |            | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                    |            |                 |                  |                          |       | 25,082,094      |     |                   |                       |                 |   |  |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                    |            |                 |                  |                          |       | 25,082,094      |     |                   |                       |                 |   |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                    |            |                 |                  |                          |       | 2,815,962       |     |                   |                       |                 |   |  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                    |            |                 |                  |                          |       | 184             |     |                   |                       |                 |   |  |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                    |            |                 |                  |                          |       | 204             |     |                   |                       |                 |   |  |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                    |            |                 |                  |                          |       | 0               |     |                   |                       |                 |   |  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                    |            |                 |                  |                          |       | 0               |     |                   |                       |                 |   |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                    |            |                 |                  |                          |       | 100.00 %        |     |                   |                       |                 |   |  |
| 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           |       |                 |     |                   |                       |                 |   |  |
| 1074044810                                                                                                                                                                                                                                                   | 178,000                                                                         | 227,800                            | 3          | 34,700          | 28,500           | 469,000                  |       |                 |     |                   |                       |                 |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                               | 0                                  |            | 0               | 0                |                          |       |                 |     |                   |                       |                 |   |  |

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

LOZANO TORRES INGRID PAOLA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GUEVARA VERA MONICA ANDREA  
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.

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

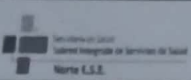
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



GUEVARA VERA MONICA ANDREA  
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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CÓDIGO: AP-CT-F-50                         |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | VERSION: 4                                 |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PÁGINA: 1 DE 1                             |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FECHA: 07/11/2024                          |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | UNIDAD: EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR |      |
| No. DE CONTRATO: 9597-2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            | PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |      |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Mes                                        | Año  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: MONICA ANDREA GUEVARA VERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 8                                          | 2025 |
| DOCUMENTO: 1110459247                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Mes                                        | Año  |
| OBJETO DEL CONTRATO: TÉCNICO I - AUXILIAR DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 8                                          | 2025 |
| TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |      |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |      |
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              |                                                                            | Se realizan actividades de Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH, se les brinda acciones de información y educación para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las familias y sus integrantes en el entorno hogar en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud de la Subred y sus rutas de atención para la Gestión del Riesgo en Salud soportado en aplicativo de registro establecido por SDS |                                            |      |
| 2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. |                                                                            | Seguir los lineamientos, decretos, acuerdos, resoluciones circulares de cualquier órgano externo, reglamento interno, código o directriz interna de la subred, que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato, asistir a reuniones y fortalecimiento técnicos convocados.                                                                                                                        |                                            |      |
| 3. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de EBEH.                                                                                                                                                                                                    |                                                                            | Participar en capacitaciones, comités del cuidado, reunión de equipo, socializaciones y realización de encuestas y módulos con temas de calidad para los Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH                                                                                                                                                                                                                     |                                            |      |
| 4. Toma de medidas antropométricas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            | Se realiza toma de medidas antropométricas a todos los miembros identificados en las caracterizaciones familiares.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            |      |
| 5. Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, registro en el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos referenciados por las familias abordadas en EBEH.                                                                                                                                               |                                                                            | Se realiza registro en aplicativo G-TAPS caracterizaciones de las familias y su núcleo familiar, incluyendo los tamizajes, planes de acción y prevención de la salud, compromisos de autocuidado en las familias, registrando las alertas de acuerdo a las patologías de cada usuario, registro en DRIVE de manzanas de malnutrición.                                                                                  |                                            |      |
| 6. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de EBEH.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            | Se ejecutan tamizajes según el ciclo de vida de cada usuario y familia dando respuesta oportuna a las alteraciones encontradas, realizando el seguimiento a los datos arrojados en cada tamizaje, se activan las rutas de emergencia según condiciones en salud de cada usuario, se brinda educación en alertas que puedan poner en riesgo la salud y la vida de los usuarios.                                         |                                            |      |
| 7. 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, en las temáticas definidas según los documentos operativos de EBEH.                                                                                                                             |                                                                            | Se brinda educación a cada familia caracterizada en los riesgos de promoción y prevención de la salud, se realizan las fichas de notificación de acuerdo al conflicto del entorno familiar.                                                                                                                                                                                                                            |                                            |      |
| 8. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los EBEH.                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            |      |
| 9. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas propias definidas por el equipo de gestión de los EBEH con las características de calidad y pertinencia técnica esperados.                                                                                                                                                                           |                                                                            | Se entrega soportes, formatos de firmas, bases de datos, cumpliendo con el cargue en los tiempos estipulados por los directivos, líderes de apoyo, y gestores administrativos siguiendo los lineamientos de la subred.                                                                                                                                                                                                 |                                            |      |
| 10. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            | Se apoya la gestión administrativa en: clasificar, ordenar y conservar documentos del archivo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |      |
| 11. Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación.                                                                                                                                                                                    |                                                                            | Se realiza derivación a vacunación a los menores identificados en las caracterizaciones familiares, los cuales no cuentan con esquema de vacunación completo, pendiente por iniciar y continuar.                                                                                                                                                                                                                       |                                            |      |
| 12. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            | Asistir a las inducciones y capacitaciones de la subred como parte de la calidad en entrega de los productos, entrega de 81 caracterizaciones del mes de Agosto para cargue de la certificación y cumplimiento del contrato, entrega de actividades, entrega de soporte de planilla de pago de Aportes al sistema de seguridad social y cargue al SECOP II.                                                            |                                            |      |
| 13. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            | Se realiza solicitud de agendamiento de citas a las EAPB de los usuarios identificados y la derivación a los entornos que según correspondan a los miembros de la familia en los predios asignados para las actividades del ejecución del contrato Equipos Básicos Extramurales Hogar - EBEH                                                                                                                           |                                            |      |
| De otra parte, se realizó el pago del reajuste a los honorarios mediante adición al contrato, dando cumplimiento a lo establecido en el Convenio Interadministrativo 7124327-2024 EBEH, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y el Fondo Financiero Distrital de Salud -FFDS.                                                                                           |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |      |
| Para un valor de: \$ 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |      |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES OCHOCIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS. / M/CTE (\$2.815.961)                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |      |
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MONICA ANDREA GUEVARA VERA<br>CC: 1110459247                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            | 1 8 2025<br>Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES<br>Dirección de Gestión del Riesgo en Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |      |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expide el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |      |

PAGADO 11/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                            |                    |                           |
|---------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|
| Razón Social        | MONICA ANDREA GUEVARA VERA |                    |                           |
| Documento           | CC1110459247               | Dirección          | CR 18N #63 C - 31 BIS SUR |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE              | Teléfono           | 3144355324                |
| Tipo Persona        | NATURAL                    | Forma Presentación | ÚNICO                     |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                | Departamento       | BOGOTA D.C.               |
| Representante Legal |                            | Identificación     |                           |
| Total Afiliados     | 1                          | ARP                | ARL SURA                  |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                            |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |     |          | Riesgos  |          |          | Cajas    |                     |                | Parafiscales |                      |                |            | Total        |              |             |                |                |           |             |             |             |      |                   |       |
|--------------------|----------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------|----------------|--------------|----------------------|----------------|------------|--------------|--------------|-------------|----------------|----------------|-----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres        | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | SVT | SGN | IGE | LMA       | VAC | AVP | VCJ   | IRP | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS            | Administradora | IBC Pensión  | Aporte Pensión       | Administradora | IBC Salud  | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja  | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1110459247      | MONICA ANDREA GUEVARA VERA | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 30       | (230201) PROTECCION | \$ 1.423.500   | \$ 227.800   | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 1.423.500   | \$ 178.000 | 2,436        | \$ 1.423.500 | \$ 34.700   | (CCF21) CAFAM  | \$ 1.423.500   | \$ 28.500 | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 469.000        |       |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas    | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 227.800      | \$ 178.000    | \$ 34.700       | \$ 28.500     | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 469.000                     | \$ 0                    | \$ 469.000  |