

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |               | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                        |                          |                                                    |               | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |               | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | LEIDY ADRIANA BERNAL LOPEZ                         |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          | C.C                                                | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52838301   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                          | leidyadri84@hotmail.com                            |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3132381745 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                                    |               |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ASUNCION BOCHICA |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo        | %                        |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU46V07-15             | 100                      |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO CAJA SOCIAL S.A. |                          |                                                    |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          | 24139901610                                        |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                        | 7494                     |                                                    |               | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1099                   | FECHA                    | 2026-05-12 10:05:29.000                            | NÚMERO DE CRP | 18110                            | FECHA         | 2026-05-28 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          | DESDE                                              | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    | 2026-06-01    |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                                    | \$2,980,800   |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            | PIC                    |                          | RESERVA DE GLOSA 0%                                |               |                                  | N/A           |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                                    |               |                                  | \$25,833,600  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |               |                                  | \$18,565,200  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                                    |               |                                  | \$2,980,800   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                    |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                                                    |               |                                  | \$7,268,400   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                                    |               |                                  | 72%           |                                                                                     |            |
| 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 \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                        |                          |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION      | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC                             | NIVEL ARL     | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 1082064826                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,192,320            | \$149,040                | \$190,771                                          | 3             | \$29,045                         | \$368,856     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                        |                          |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                        |                        |                          |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                        |                          |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                        |                          |                                                    |               |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | APROPIACION CONCEPTUAL:<br>COMPRENDER Y APLICAR LOS LINEAMIENTOS Y FICHAS TÉCNICAS ESTABLECIDOS PARA CADA CONVENIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | APLICATIVO PLANILLAS DE ASISTENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PARTICIPAR EN REUNIONES, ASISTENCIAS TECNICAS, COMITES DEL CUIDADO CONVOCADAS POR LA SUBRED SUR O SDS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | APLICATIVO PLANILLAS DE ASISTENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y/o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                         | VISITAS DOMICILIARIAS: REALIZAR CARACTERIZACION FAMILIAR PARA IDENTIFICAR Y GESTIONAR RIESGOS EN SALUD DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES Y CRITERIOS ESTABLECIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                    | APLICATIVO Y PLANILLAS DE ASISTENCIA, LINK DE REGISTRO DIARIO, FORMATO DE PLANILLAS DE FAMILIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| . Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SE PARTICIPA EN RECCORRIDO TERRITORIAL, IDENTIFICACION DE FACTORES ( PROBLEMATICAS , FORTALEZAS, SEGURIDAD, EN EL MICROTERRITORIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTAS MAPAS, MATRICES, REGISTRO FOTOGRAFICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e informes requeridos, productos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y o programación de cada una de las líneas de intervención.                                                                                                                             | REGISTRO DE INFORMACION:ASEGURAR LA CALIDAD DEL REGISTRO DE INFORMACION EN LA PLATAFORMA EN LINEA DISPUESTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | APLICATIVO PLANILLAS DE ASISTENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SE REALIZA EL ALISTAMIENTO DE PREAUDITORIAS SOBRE LOS PRODUCTOS ASIGNADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ACTAS Y APLICATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| . Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SE PORTAN LOS IMPLEMENTOS DE IDENTIFICACION Y UNIFORMES UNSTITUCIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SE APLICA SIEMPRE UNA BUENA IMAGEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                          | SE PORTA ADECUADAMENTE EL CANET, CHAQUETA INSTITUCIONAL, Y COMPORTAMIENTO ADECUADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SE PORTAN ADECUADAMENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | GESTION DOCUMENTAL: MANTENER ORGANIZADA Y CUSTODIADA LA DOCUMENTACION GENERADA DURANTE EL PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PLANILLAS DE ASISTENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| El contratista guardará completa CONDICIONES CONTRACTUALES confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.                                                                                                                                                                         | REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ACAT Y APLICATIVOS DE ASISTENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL, OREINTADAS AFORTALECER EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES DE LA SUBRED SUR. ESTAS ACTIVIDADES PUEDEN INCLUIR: SOPORTE ADICIONAL EN GESTION DEL RIESGO EN SALUD A NIVEL FAMILIAR Y COMUNITARIO, ADAPTANDOSE A LAS NECESIDADES EMERGENTES EN EL TERRITORIO. CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD, PARA FOMENTAR LA AUTOGESTIÓN DE SU BIENESTAR. ----- APLICATIV | REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL, OREINTADAS AFORTALECER EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES DE LA SUBRED SUR. ESTAS ACTIVIDADES PUEDEN INCLUIR: SOPORTE ADICIONAL EN GESTION DEL RIESGO EN SALUD A NIVEL FAMILIAR Y COMUNITARIO, ADAPTANDOSE A LAS NECESIDADES EMERGENTES EN EL TERRITORIO. CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD, PARA FOMENTAR LA AUTOGESTIÓN DE SU BIENESTAR. ----- APLICATIV |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

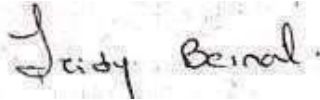
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LEIDY ADRIANA BERNAL LOPEZ**

**CC: 52838301 de Bogotá**

La suma de DOS MILLONES NOVESITOS OCHENTA MIL OCHOSIENTOS pesos Mcte (\$2.980.800), por concepto de servicios como (auxiliar de enfermería) gestor bienestar, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo del 01 al 30 de JUNIO de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 7494-2025**



---

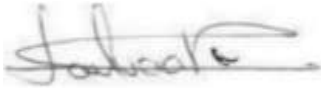
**LEIDY ADRIANA BERNAL LOPEZ**

**C.C. 52838301 de Bogotá CUENTA DE**

**AHORROS BANCO CAJA SOCIAL SOCIAL**

**NUMERO 24139901610**

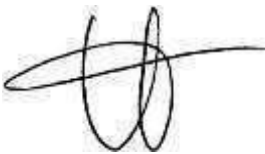
**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 30 de JUNIO 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo**



**LAURA LUCIA RUBIO RIVILLA**

**Líder Operativo**

**Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión**



**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**

**Apoyo a la supervisión**

**Equipos Más Bienestar en tu Hogar**

---



67bb2fde-3774-4a1a-88ac-0a74ac1f0413

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***LEIDY ADRIANA BERNAL LOPEZ***

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

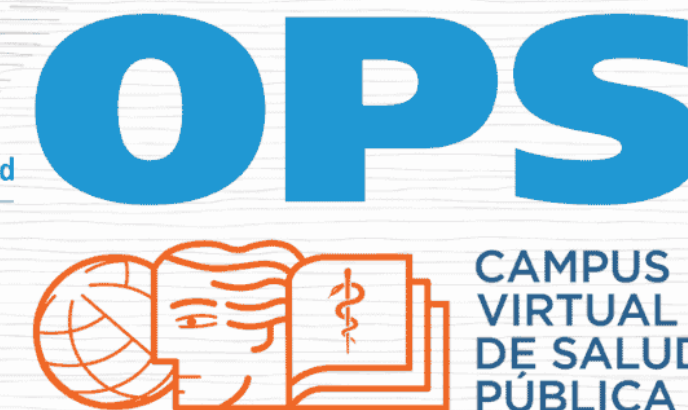
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

23 de febrero de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director





Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

**7 Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?

☐ Sí ☒ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                      | Nombre del archivo                        | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | SURESOC_LEIDY_BERNAL_NOV-25.pdf                  | SURESOC_LEIDY_BERNAL_NOV-25.pdf           | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | SURESOC- LEIDY BERNAL DICCIEMBRE 2025.pdf        | SURESOC- LEIDY BERNAL DICCIEMBRE 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | SURESOC_LEIDY_BERNAL_ENERO_2026.pdf              | SURESOC_LEIDY_BERNAL_ENERO_2026.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | SURESOC_LEIDY_BERNAL_MARZO_2026.pdf              | SURESOC_LEIDY_BERNAL_MARZO_2026.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
|                          | suressoc leidy bernal marzo 2026.pdf (Archivado) | suressoc leidy bernal marzo 2026.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | suressoc leidy bernal abril 2026.pdf             | suressoc leidy bernal abril 2026.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | SURESOC MAYO -LEIDY BERNAL.pdf                   | SURESOC MAYO -LEIDY BERNAL.pdf            | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |



SURESOC LEIDY JUNIO 26.pdf

SURESOC LEIDY JUNIO 26.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



PAGADO 11/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                            |                    |                     |
|---------------------|----------------------------|--------------------|---------------------|
| Razón Social        | LEIDY ADRIANA BERNAL LOPEZ |                    |                     |
| Documento           | CC52838301                 | Dirección          | CR 97F #26 - 71 SUR |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE              | Teléfono           | 3132381745          |
| 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 | USI | IGE | UMA | VAC | VAP | VCT | IND | Días APL  | Días EPS | Días APL | Días EPS | Días APL | 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 52838301        | LEIDY ADRIANA BERNAL LOPEZ | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0         | 30       | 30       | 30       | 0        | (230201) PROTECCION | \$ 1.750.905   | \$ 280.200  | (EPS017) FAMILANAR EPS | \$ 1.750.905   | \$ 218.900 | 2.436        | \$ 1.750.905 | \$ 42.700   | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0           | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 541.800        |       |

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 |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 0      | \$ 280.200      | \$ 218.900    | \$ 42.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 541.800                     | \$ 4.200                | \$ 546.000  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!