

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      |                     | 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         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | Yolman Herbey Llanos Guevara                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                  | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 74376870   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | yolmanllanos@hotmail.com                             |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3108739988 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                      |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        | Centro de costo                                      | %                   |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE11I05           | 50                       | KE11B05                                              | 50                  |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                      |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 26235839970                                          |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1095                     |                                                      |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1570              | FECHA                    | 2026-07-16 14:58:49.000                              | NÚMERO DE CRP       | 26003                            | FECHA         | 2026-07-31 00:00:00.000                                                             |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      | 2026-07-01          |                                  |               | 2026-07-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                      | \$9,649,604         |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial              |                                                      | 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. |                   |                          |                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                      |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                      |                     |                                  | \$43,696,320  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      |                     |                                  | \$43,696,320  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                      |                     |                                  | \$9,649,604   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                      |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                      |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                      |                     |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 93707908                                                                                                                                                                                                                                                     | \$4,369,632       | \$546,204                | \$699,141                                            | 3                   | \$106,444                        | \$1,351,789   |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                                                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| RONALD MEZA COLON<br>91446480<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                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad                                                                                                   | Realizar consulta médica y aplicar tratamiento según plan integral de la especialidad. | Nota médica de evolución registrada en historia clínica.    |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             | Diligenciar historia clínica conforme a la normatividad vigente.                       | Historia clínica completa, firmada y con registro oportuno. |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Historia clínica completa, firmada y con registro oportuno.                            | Informe estadístico mensual entregado.                      |
| 4) Participar en la programación de actividades del área.                                                                                                                                                                                                                  | Participar en reunión de planeación del servicio.                                      | Acta de reunión con registro de asistencia                  |
| 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             | Notificar evento en plataforma oficial dentro del tiempo establecido.                  | Formato de notificación diligenciado                        |
| 6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                    | Reportar incidente y participar en análisis de causa                                   | Reporte de evento adverso con plan de mejora.               |
| 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.                                                                                                                                                                               | Indicar órdenes médicas y plan de manejo al equipo asistencial.                        | Órdenes médicas registradas en historia clínica.            |
| 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                | Completar formatos institucionales con criterios de calidad.                           | Formatos diligenciados correctamente.                       |
| 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.                                                                                                                                                                                                        | Explicar procedimiento y obtener firma del paciente.                                   | Consentimiento informado firmado.                           |
| 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                | Realizar consulta de control o revisión clínica.                                       | Registro de seguimiento en historia clínica.                |
| 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                       | Brindar explicación sobre diagnóstico y tratamiento.                                   | Registro de educación al paciente en historia clínica.      |
| 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.                                                                                                                                                                                                                          | Elaborar concepto médico solicitado.                                                   | Certificado o concepto médico firmado.                      |
| 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                              | Aplicar protocolos y participar en auditorías internas.                                | Lista de verificación o acta de auditoría.                  |
| 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.                                                                                                  | Elaborar reporte mensual de atenciones realizadas.                                     | Informe mensual firmado y entregado.                        |
| 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                        | Elaborar reporte mensual de atenciones realizadas.                                     | Informe mensual firmado y entregado.                        |
| 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                  | Custodiar equipos médicos asignados.                                                   | Acta de entrega de elementos al finalizar contrato.         |
| 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                          | Asistir a capacitaciones institucionales.                                              | Certificado o lista de asistencia.                          |
| 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.                                                                                                                                                    | Aplicar protocolos y lineamientos de la Subred.                                        | Registro de cumplimiento en auditoría.                      |
| 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                                                               | Ingresa producción de servicios en plataforma institucional.                           | Reporte consolidado en sistema.                             |
| 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.                                                                                                  | Apoyar recolección de datos clínicos para estudio.                                     | Informe o base de datos entregada.                          |
| 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado                                                                                                                                                                                                       | Verificar cumplimiento de actividades contractuales asignadas.                         | Informe de supervisión firmado.                             |
| 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                                                 | Presentar planilla mensual de aportes.                                                 | Copia de planilla PILA pagada                               |
| 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                                                | Ejecutar actividades adicionales solicitadas por supervisor.                           | Evidencia escrita o informe de actividad realizada.         |

RONALD MEZA COLON  
91446480  
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 E.S.E NIT:900.959.048-4**

DEBE A:

YOLMAN HERBEY LLANOS GUEVARA

C.C 74.376.870 DE DUITAMA

La suma de \$9,649,604 (NUEVE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CUATRO pesos M/CTE) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de medicina, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como pediatra ; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de Pediatría.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de julio de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1095-2026



YOLMAN HERBEY LLANOS GUEVARA

C.C 74.376.870 DE DUITAMA

Cel: 3108739988

CUENTA DE AHORROS # 26235839970

Banco Bancolombia

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |                                    |              |                          |                                           |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                | DIRECCIÓN                          | TELÉFONO     | CORREO                   | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                  | 74376870          | YOLMAN HERBEY LLANOS<br>GUEVARA | calle 83 no 102 30<br>interior 503 | 3108739988   | yolmanllanos@hotmail.com |                                           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO                             | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO       |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                 |                                    | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.             |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |                 |                              |                    |              |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                       | 93707908        | 24/07/2026                   | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                       | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                 | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                               | I               | \$0                          | \$1.200.400        |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 482.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 7         | 2.500                 | 0              | 485.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |  | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria |  |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 617.600                |  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7         | 3.200                 | 0              | 620.800       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |  | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|--|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria |  | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 94.100                 |  |                  |       |                        | 94.100                | 7         | 500                   | 94.600              |                            |                     | 941               | 94.600        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 482.500                             | 485.000       |
| Pensión                | 1                              | 617.600                             | 620.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 94.100                              | 94.600        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 1.194.200                           | 1.200.400     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 74376870          | YOLMAN HERBEY LLANOS GUEVARA |        | calle 83 no 102 30 interior 503 | 3108739988         | yolmanllanos@hotmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                    | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.                    | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                              |        |                                 |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                              |        |                                 |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 93707908        | 24/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$1.200.400        |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                              |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |          |         | SALUD     |            |                     |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          |         | CCF       |                        |          |         | PARAFISCALES |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|----------|---------|-----------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|-----------|------------------------|----------|---------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Salud-pa | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | ING | RET | TDE | TAF | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP | TAP     | TAP | TAP | TAP | TAP | Cód. AFP | IBC AFP | Días      | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días      | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días         | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |   |   |
| 1                     | CC 74376870                     | LLANOS GUEVARA YOLMAN HERBEY | 59        | 0        |            | N               |                       |     |     |     |     |     |     |     |     | X   |         |     |     |     |     |          | 230301  | 3.859.842 | 30         | 617.600             | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | EPS008  | 3.859.842 | 30                     | 482.500  | 14-23   | 3.859.842    | 30              | 3          | 94.100     |         | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 | 0 |