

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                            |                                  |              |                                                                                     |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                            | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | ESTIVEN ALEJANDRO TORO SANABRIA |                            |                                  |              |                                                                                     |                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             | C.C                             | X                          | C.E                              | No.          |                                                                                     | 1012378663                          |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                             | psalejandrotorosubred@gmail.com |                            |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3213005672                          |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                 |                            |                                  | SUBRED       |                                                                                     |                                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | PIC VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA |                            |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED                              |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                           |                                 |                            |                                  |              |                                                                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32           | 100                         |                                 |                            |                                  |              |                                                                                     |                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.      |                                 |                            | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |                                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             | 24058408825                     |                            |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO                                  |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                            |                                  |              |                                                                                     |                                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 6438                        |                                 |                            | VIGENCIA                         |              | 2025                                                                                |                                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1520                        | FECHA                           | 2026-07-09<br>15:51:57.000 | NÚMERO DE CRP                    |              | 26831                                                                               | FECHA<br>2026-07-31<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 |                                 |                            |                                  |              |                                                                                     |                                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                             | DESDE                           | FECHA INICIAL              |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 | 2026-07-01                 |                                  |              | 2026-07-31                                                                          |                                     |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                 |                            | \$4,195,200                      |              |                                                                                     |                                     |
| 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. |                   |                             |                                 |                            |                                  |              |                                                                                     |                                     |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                                 |                            |                                  |              |                                                                                     |                                     |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                                 |                            |                                  | VALORES      |                                                                                     |                                     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                 |                            |                                  | \$46,147,200 |                                                                                     |                                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                            |                                  | \$41,952,000 |                                                                                     |                                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                             |                                 |                            |                                  | \$4,195,200  |                                                                                     |                                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                 |                            |                                  | \$0          |                                                                                     |                                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |                                 |                            |                                  | \$4,195,200  |                                                                                     |                                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                 |                            |                                  | 91%          |                                                                                     |                                     |
| 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                                                                       |                                     |
| 93430690                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,678,080       | \$209,760                   |                                 | \$268,493                  | 3                                | \$40,878     | \$519,131                                                                           |                                     |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.- Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo N° 6 “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública – GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, 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. | Entrega al líder operativo reporte de acciones ejecutadas semanalmente para la vigilancia basada en comunidad VBC que corresponden a los productos mensuales de la localidad de Bosa. | Formatos de actas de asistencias técnicas y entrenamientos de vigías y gestores comunitarios, fichas situaciones problemáticas, instrumentos, ISEC, y registros fotográficos según corresponda. |
| 2.- 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se participa de manera activa a los espacios convocados por parte de la SDS y subred suroccidente                                                                                     | Según programación                                                                                                                                                                              |
| 3.- 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.                                                                                                                                                                                                                                       | Se realizan 7 Asistencias técnicas en organizaciones comunitarias de la localidad de Bosa.                                                                                            | Acta y listados                                                                                                                                                                                 |
| 4.- Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realizan entrenamientos de vigías y gestores comunitarios de la REVCOM a través de las actividades propuestas, según el módulo que corresponda.                                    | Acta y listados                                                                                                                                                                                 |
| 5.- 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 de manera activa a los espacios convocados por parte de la SDS y subred suroccidente                                                                                     | Según programación                                                                                                                                                                              |
| 6.- Realizar entrega y actualización del cronograma mensual de actividades, así como de los 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.                                                                                           | Se realiza entrega de los productos del mes con la calidad y oportunidad pertinente                                                                                                   | Actas, listados de asistencias, informes.                                                                                                                                                       |
| 7.- 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 ejercicio de entrega de soportes en cada una de las entregas programadas a fines de realizar preauditoria con el equipo VBC                                                | Se realiza entrega de soportes con los ajustes solicitados de los meses ejecutados                                                                                                              |
| 8.- Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Realizar actividades correspondientes a la VBC basados en los principios institucionales y corresponsabilidad con las comunidades.                                                    | Permanente                                                                                                                                                                                      |
| 9.- 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.                                                                                                                                                                                                                                                                        | Porte adecuado de chaqueta de la subred suroccidente y carnet visible.                                                                                                                | Permanente                                                                                                                                                                                      |
| 10.- Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Soportes en físico y magnético de las actividades correspondientes a la VBC                                                                                                           | Actas, listados de asistencias, informes.                                                                                                                                                       |
| 11.- Guardar completa 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.                                                                                                                                                                                                                | Se realiza entrega de los productos con la calidad y oportunidad pertinente, además de las indicaciones otorgadas para la protección de datos bajo el amparo de la ley colombiana.    | Acta y listados                                                                                                                                                                                 |
| 12.- 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se participa de manera activa a los espacios convocados por parte de la SDS y subred suroccidente                                                                                     | Según programación                                                                                                                                                                              |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ESTIVEN ALEJANDRO TORO SANABRIA**

**C.C. 1.012.378.663 DE BOGOTÁ**

La suma \$ 4.195.200, (cuatro millones ciento noventa y cinco mil doscientos pesos), por concepto de servicios como PROFESIONAL EN PSICOLOGIA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 en el entorno VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, durante el periodo de 1 al 31 de julio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6438-2025.



**ESTIVEN ALEJANDRO TORO SANABRIA**

**C.C. 1.012.378.663 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24058408825**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de julio 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**JENIFER GUISETH ROMERO RINCON**

**Líder VEBCC**

**Vigilancia en Salud Pública**



**LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO**

**Referente Vigilancia en Salud Pública**



c7f645b7-0635-4094-a50a-c6121a92fa33

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***ESTIVEN ALEJANDRO TORO SANABRIA***

ha participado y aprobado el:

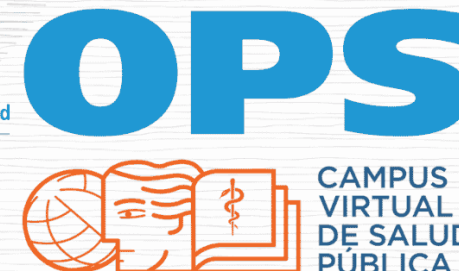
**Curso básico de prevención y control de  
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 89,00 %

23 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                            |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1012378663        | ESTIVEN ALEJANDRO TORO SANABRIA |        | carrera 77 i # 70 a 20 sur | 3125568556         | etoros@unbosque.edu.co              |
| 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 (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 93430690        | 10/07/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                            | I               | \$0                       | \$541.800          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 0         | 0                     | 42.700              |                            |                     | 427               | 42.700        | 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                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 541.800                             | 541.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                            |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1012378663        | ESTIVEN ALEJANDRO TORO SANABRIA |        | carrera 77 i # 70 a 20 sur | 3125568556         | etoros@unbosque.edu.co              |
| 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 |
|                      |                                   | 93430690        | 10/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$541.800          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                                 |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     | SALUD |            |          |           | RIESGOS LABORALES |            |                     |                      | CCF                            |                                 |          |           | PARAFISCALES |                        |          |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-------|------------|----------|-----------|-------------------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres             | Cotizante | Salud po | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado             | INS | RET | TUE | TAF | TAP | UPP | VGP | VST | SEN | ICE     | LVA | VAC | AVP | VCT | IRL   | CORRECCIÓN | 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 1012378663                   | TORO SANABRIA ESTIVEN ALEJANDRO | 59        | 0        |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |       |            | 230301   | 1.750.905 | 30                | 280.200    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017   | 1.750.905 | 30           | 218.900                | 14-11    | 1.750.905 | 30   | 3               | 42.700     |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |