

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 23                |
|                                                                                                                                 | REGIONAL CÓRDOBA                                                                                                                            |  | Código Centro     | 911510            |
|                                                                                                                                 | CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA - EMPRENDE RURAL                                                                 |  | Fecha Elaboración | Abril de 2021     |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | ENERO 2021 - 1,21 |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)                                                          |  | ID de Proceso     | 97137-980863      |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 65289             |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                              |                                                                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | SAUDITH ELENA DELGADO FLOREZ | C.C.                                                                                   | 35.117.106 |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | sadelflo@gmail.com           | IP/N° de contacto                                                                      | 3205639410 |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | NO RESPONSABLE               | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | NO         |
|                                                                                                                      |                              | Es declarante de renta?                                                                | NO         |
|                                                                                                                      |                              | Es Pensionado?                                                                         | NO         |
| Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000                                                                       | NO                           | Inducción SST                                                                          | SI         |
|                                                                                                                      |                              | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | SI         |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCOLOMBIA                  | Tipo de cta                                                                            | AHORROS    |
|                                                                                                                      |                              | N° Cuenta                                                                              | 8520936719 |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? | NO                           | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000 | NO         |

  

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                |               |                        |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2232154/2021  | N° Compromiso SIIF     | 29921                        |
| Valor Total del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 29.505.280 | N° Pago                | 3                            |
| Saldo Anterior del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                | \$ 23.923.200 | Periodo objeto de pago | Del 01/04/2021 Al 30/04/2021 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 20.505.600 | Comisiones             | \$ 0,00                      |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado)                                                                                                                                                                                                                          |               |                        |                              |
| PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADAS EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER - INSTRUCTOR TÉCNICO SER. |               |                        |                              |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |                     |                                           |             |
|------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 3.417.600        | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00%       |
| Ingresos por comisiones                              | \$ 0                | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0        |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 0                |                                           |             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                    | <b>\$ 3.417.600</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>              | <b>\$ 2.270.925</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

  

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |              |              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------|
| N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS                            | Abril        | Marzo        |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.367.040 | \$ 1.367.040 | Valor Base retención en la fuente 2.270.925,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 170.900   | \$ 170.900   | Valor Base retención en la fuente ICA 3.027.900,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 218.800   | \$ 218.800   | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL II                                                                | \$ 14.300    | \$ 14.300    | Menos Retención en la Fuente 0,00                  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         |              | Menos Retención IVA 0,00                           |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         |              | Reteica - 8299 6.056,00                            |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |              | 0,200%                                             |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800                           | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ -         |              | 0,000%                                             |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |              | 0,000%                                             |
| Dependientes hasta \$ 1.161.856                                       | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Salud hasta \$ 580.928                                                | \$ -         |              | 0,000%                                             |
| Renta Exenta 25% \$ 8.713.920                                         | \$ 756.975   |              | 0,000%                                             |
| Retención en la Fuente Contingente \$ -                               |              |              | 0,000%                                             |
|                                                                       |              |              | Descuentos de Libranza 0,00                        |
|                                                                       |              |              | Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00              |
|                                                                       |              |              | <b>VALOR A PAGAR \$ 3.411.544,00</b>               |

  

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

  

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| SENA EMPRENDE RURAL<br>2277521 ABRIL 5,6,7-NARIÑO LORICA - ENTREGAR REPORTES DE ALIMENTACION DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS , EVALUAR EFECTO DEL ALIMENTO.<br>2278371 ABRIL 8,9,15 LAS PANELAS CERETE - SELECCIONAR Y MANEJAR LA MATERIA PRIMA E INSUMOS SEGUN NORMNATIVIDAD VIGENTE .<br>PROCESAR MATERIA PRIMA DE A CUERDO CON LA FORMULACION Y PROCEDIMIENTO TECNICO.<br>2311218 ABRIL 12-13-14 CORDOBITA CENTRAL- ALIMENTAR LOS ORGANISMOS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS.<br>TOTAL HORAS DE FORMACION: 80 |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados. | <br><b>SAUDITH ELENA DELGADO FLOREZ</b><br>EL CONTRATISTA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

  

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. | Autorizo el presente pago.<br>El Supervisor,<br><br><b>JIMMY TORRES BUSTILLO</b><br>INSTRUCTOR G20 |

  

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

**EL ORDENADOR DEL PAGO**

  

**JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA**  
 SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

# Comprobante

de pago en línea



## SOI ACH

**Pago realizado por:** SAUDITH ELENA DELGADO FLOREZ

**Nro. de recibo:** 7786938057

**Descripción del pago:** Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

**Identificación del contribuyente:** 10.80.25.33

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 35117106

**Fecha y hora de la transacción:** Miércoles 14 de Abril de 2021 08:31:08 AM

**Nro. de comprobante:** 0000003108

**Valor pagado:** \$ 404,000.00

**Cuenta:** \*\*\*\*\*6719

BANCOLOMBIA S.A. Entidad financiera Bancaria

VIGILADO por la Superintendencia Financiera de Colombia

**Bancolombia S.A.**

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com](mailto:correosospchoso@bancolombia.com)

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                              |                           |                           |
|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CEDULA DE CIUDADANIA         | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 35117106                  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  | SAUDITH ELENA DELGADO FLOREZ |                           |                           |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | MONTERIA                     | DEPARTAMENTO:             | CORDOBA                   |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | BARRIO SAN PEDRO CALLE 10 9  | TELÉFONO:                 | 7890000                   |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE             | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE           |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA                      | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | ÚNICO                        |                           |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  | NO                           |                           |                           |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                      |                  |
|--------------------------------|------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7786938057 | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: marzo | PERIODO COTIZACIÓN   | MES: marzo       |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2021  | SALUD:               | AÑO: 2021        |
| DÍAS DE MORA:                  | 0          |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2021/04/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 955726768        |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                         |            |              |
|-----------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                         | TOTALES    |              |
|                       |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 800224808             | 230301 | 230301-PORVENIR                         | 1          | \$ 218.800   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 218.800   |
| SALUD                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 800130907             | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL                      | 1          | \$ 170.900   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 170.900   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 860011153             | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1          | \$ 14.300    |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 14.300    |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 404.000</b> |
|----------------------|-------------------|

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 218.800 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 218.800 | \$ 0 | \$ 218.800   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 218.800 | \$ 0 | \$ 218.800   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                    |                |                            |       |                     |       |               |       |             |      |            |      |            |      |           |              |
|-----------------------|--------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|------|------------|------|------------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                    | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |      | MORA       |      | TOTALES    |      |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE             |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | UPC  | COTIZACIÓN | UPC  | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002                | EPS002-SALUD TOTAL | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 170.900  | \$ 0 | \$ 0       | \$ 0 | \$ 170.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 170.900   |
| SUBTOTALES:           |                    |                |                            |       |                     |       |               |       |             |      |            |      | \$ 170.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 170.900   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             |           |      |           |              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|-----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                                         | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES   |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 14.300   | \$ 14.300 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 14.300    |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 14.300 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 14.300    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                    |                                       |                                                                |                      |                   |                    |                          |                       |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |                     |          |              |            |               |             |           |          |                                 |                 |                           |          |              |            |        |            |                                                          |       |              |             |                      |      |      |      |        |                 |          |
|-------------------------------|--------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------------------|----------|--------------|------------|---------------|-------------|-----------|----------|---------------------------------|-----------------|---------------------------|----------|--------------|------------|--------|------------|----------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|----------------------|------|------|------|--------|-----------------|----------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                    |                                       |                                                                |                      |                   |                    |                          |                       |     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |                     |          |              |            | PARAFISCALES  |             |           |          |                                 |                 |                           |          |              |            |        |            |                                                          |       |              |             |                      |      |      |      |        |                 |          |
| Nº                            | IDENTIFICA<br>CIÓN | NOMBRES                               | TIPO<br>COTIZANTE                                              | SUBTIPO<br>COTIZANTE | SALARIO<br>BÁSICO | TIPO DE<br>SALARIO | COLOMBIANO<br>EXTRANJERO | REFORMA<br>TRIBUTARIA | ING | RET       | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE              | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN             |          |              |            | SEGURO SOCIAL |             |           |          | SALUD                           |                 |                           |          | ARP          |            |        | IBC        | CCF                                                      |       |              |             |                      | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |                 |          |
|                               |                    |                                       |                                                                |                      |                   |                    |                          |                       |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     | ADMIN               | DÍAS COT | IBC          | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA  | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR<br>TARIFA<br>ESPECIAL | TOTAL<br>APORTE | ADMIN                     | DÍAS COT | IBC          | COTIZACIÓN | Vr UPC |            | TOTAL<br>APORTE                                          | ADMIN | DÍAS COT     | IBC         | CENTRO DE<br>TRABAJO |      |      |      |        | TOTAL<br>APORTE | DÍAS COT |
| 1                             | CC<br>35117106     | DELGADO<br>FLOREZ<br>SAUDITH<br>ELENA | INDEPENDIE<br>NTE<br>CONTRATO<br>PRESTACION<br>DE<br>SERVICIOS |                      | \$ 1.367.040      |                    |                          | NO                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     | 230301-<br>PORVENIR | 30       | \$ 1.367.040 | \$ 218.800 | \$ 0          | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                          | \$ 218.800      | EPS002-<br>SALUD<br>TOTAL | 30       | \$ 1.367.040 | \$ 170.900 | \$ 0   | \$ 170.900 | 14-23-<br>POSITIVA<br>COMPAÑI<br>A DE<br>SEGUROS<br>S.A. | 30    | \$ 1.367.040 | \$ 35117106 | \$ 14.300            | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0   | \$ 0            | \$ 0     |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 404.000</b> |
|--------------|-------------------|