

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                       |               | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | LEIDY YESENIA DAZA NAVEROS                            |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             | C.C                                                   | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1022339708 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                             | leidydaza@gmail.com                                   |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3186903889 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                                       |               |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | A USU ATENCION AL USUARIO SEDE ADMINISTRATIVA ASDINGO |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                           |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU37002           | 100                         |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BBVA COLOMBIA S.A           |                                                       |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             | 552121345                                             |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 789                         |                                                       |               | VIGENCIA                         |               | 2024                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1647              | FECHA                       | 2024-06-30<br>15:24:20.000                            | NÚMERO DE CRP | 39420                            | FECHA         | 2024-07-10<br>16:16:25.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL ESPECIALIZADO I |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                             | DESDE                                                 | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                       | 2024-05-01    |                                  |               | 2024-05-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                                       | \$4,557,186   |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Administrativo              |                                                       |               | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                                       |               |                                  | \$18,228,744  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                       |               |                                  | \$18,228,744  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                             |                                                       |               |                                  | \$4,557,186   |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 76469863                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,822,874       | \$227,859                   | \$291,660                                             | 3             | \$44,405                         | \$563,924     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                   |                             |                                                       |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| MARCELA CASTELLANOS CABRERA<br>39788222<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                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Participar del proceso de acreditación en la Entidad cumpliendo con los lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.                                                                     | Se asistió a la mesa primaria hospitalaria en el marco de la acreditación                                                                                                                                                                                | Listado de asistencia                                                                                                    |
| Brindar línea técnica a los Profesionales a cargo para la adecuada operación del Subproceso de Servicio al Ciudadano.                                                                                                    | Se brinda línea técnica a las referentes del servicio al ciudadano, se apoya en la gestión del vehículo administrativo para el traslado de menores y se brinda línea técnica para la gestión de pacientes en abandono social y reunión mensual de equipo | correos electrónicos enviados y acompañamiento presencial y telefónico y listado de asistencia reunión mensual de equipo |
| Coordinar intra y extra hospitalariamente el plan de capacitaciones dirigido a los colaboradores de la Oficina                                                                                                           | Se participa en la inducción general, realizando capacitación al personal que ingresa a la institución frente a las acciones que realiza la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano.                                                | Listados de asistencia                                                                                                   |
| Coordinar la planeación, desarrollo y evaluación de las Oficinas de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano en la Unidades de Servicios de Salud de la Subred.                                                 | Se coordina con la registraduría distrital para garantizar la plena identidad de pacientes en las unidades hospitalarias                                                                                                                                 | Listados de asistencia                                                                                                   |
| Articular acciones con la Dirección de Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud.                                                                                                                        | Se realiza socialización de los cursos de promotores del cuidado de servicio al ciudadano liderado por SDS                                                                                                                                               | Correos enviados y seguimiento a la inscripción.                                                                         |
| Apoyar la elaboración y seguimiento al Plan Operativo Anual de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.                                                                                          | Se realiza seguimiento al POA de la oficina y se diligencian los respectivos indicadores en Almera                                                                                                                                                       | Seguimiento realizado en la plataforma Almera                                                                            |
| Apoyar la elaboración y seguimiento al Plan Anticorrupción de la Entidad y el Mapa de Riesgos.                                                                                                                           | Se realiza seguimiento al plan de anticorrupción y mapa de riesgos y los soportes son incluidos en la plataforma Almera                                                                                                                                  | Seguimiento realizado en la plataforma Almera                                                                            |
| Apoyar la implementación y evaluación del Modelo Integral de Planeación y Gestión - MIPG en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. en sus diferentes dimensiones.                                | No aplica para el periodo                                                                                                                                                                                                                                | No aplica para el periodo                                                                                                |
| monitorear los indicadores de la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano en la plataforma ALMERA.                                                                                                        | Se realiza cargue de los indicadores mensuales en Almera                                                                                                                                                                                                 | Indicadores actualizados en Almera                                                                                       |
| Implementar y evaluar las acciones definidas en el Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión - FURAG como herramienta de medición de la Gestión de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E | No aplica para el periodo                                                                                                                                                                                                                                | No aplica para el periodo                                                                                                |
| Asistir a reuniones convocadas por la Subred, la rectoría en salud, entes de control entre otros.                                                                                                                        | Se asistió a las siguientes reuniones: equipo de participación comunitaria y servicio al ciudadano, seguimiento al contrato del Fondo Financiero, mesa primaria hospitalaria, mesa materno perinatal, articulación con registraduría distrital           | Listados de asistencia                                                                                                   |
| Realizar seguimiento a la ejecución de las obligaciones contractuales del personal del subproceso de servicio al ciudadano para posterior certificación por parte del Supervisor de los Contratos.                       | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                    | No aplica para el mes                                                                                                    |
| Proyectar respuestas a las peticiones, quejas y reclamos interpuestas por los ciudadanos y entes de control con criterios de calidad y en los tiempos indicados por la normatividad vigente.                             | Gestión de requerimientos a través de la plataforma ágilsalud                                                                                                                                                                                            | Respuestas emitidas a través de la plataforma ágilsalud                                                                  |
| Elaborar presentaciones de acuerdo a las solicitudes y requerimientos de la oficina                                                                                                                                      | Se realizó presentación mesa materno perinatal, abandonos sociales y estancias prolongadas                                                                                                                                                               | Presentación para la reunión                                                                                             |
| Realizar procesos de selección del personal, evaluando conocimiento, actitudes, aptitudes y habilidades para los perfiles requeridos en la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.                 | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                    | No aplica para el mes                                                                                                    |
| Brindar línea técnica para la activación de rutas como ICBF, fiscalía, Comisaria de Familia en pro del restablecimiento de derechos de los NNA y población general que así lo requiera.                                  | se realiza articulación con registraduría distrital e ICBF                                                                                                                                                                                               | Listados de asistencia                                                                                                   |
| Manejo del Sistema Documental ORFEO con respuestas oportunas.                                                                                                                                                            | Se realiza gestión de los oficios de notificación de pacientes en abandono social, comisaria de familia y secretaria de Integración social a través de agil salud                                                                                        | Oficios tramitados                                                                                                       |
| Realizar un uso correcto y racional de los recursos de la Unidad de Servicios que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales                                                                  | se realiza uso adecuado de los recursos                                                                                                                                                                                                                  | recursos racionalizados                                                                                                  |
| Asistir a las actividades de Inducción, Re inducción y capacitaciones organizadas por la Institución.                                                                                                                    | Se asiste a las capacitaciones programadas por la institución                                                                                                                                                                                            | Listado de asistencia                                                                                                    |
| Alimentar y dar respuesta a las oportunidades de mejoramiento interpuestas al proceso de Servicio al Ciudadano por entes internos y externos                                                                             | No aplica para el mes                                                                                                                                                                                                                                    | No aplica para el mes                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                            |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Elaborar mensualmente informe de Fondo Financiero y asistir a las Auditorias Concurrentes de cuentas medicas auditadas.                                                                                                                                                                   | No aplica para el mes                                                                                                      | No aplica para el mes                                         |
| Realizar gestión territorial y transectorial para la garantía y promoción de la Participación Social en el sector salud, a través de la articulación interinstitucional y con el abordaje de las autoridades locales estratégicamente para el posicionamiento del sector en el territorio | se asiste al dialogo ciudadano liderado por capital salud EPS para el posicionamiento del proceso de servicio al ciudadano | listado de asistencia y registro fotográfico                  |
| brindar atención al usuario a la población que demande de los servicios de salud, direccionado, orientando a la población general, diferencial, víctima de conflicto armado, gestantes y demás grupos poblacionales que demanden de los servicios de salud.                               | se brindó atención y orientación a usuarios que asistieron a la sede adminisitrativa Asdingo                               | Usuarios orientados e informados                              |
| Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que y sean afines al desarrollo del objeto del mismo                                                                                                                                                               | Se asiste a las actividades delegadas por la jefatura                                                                      | Asistencia a las reuniones delegadas y listados de asistencia |

MARCELA CASTELLANOS CABRERA  
39788222  
Supervisor

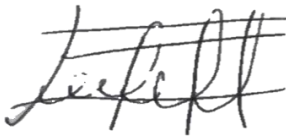
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

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 E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**  
**LEIDY YESENIA DAZA NAVEROS**  
**C.C 1022339708 de Bogotá**

La suma de \$4.557.186 por concepto de: Prestar servicios profesionales Especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Participación y Servicio al ciudadano durante el periodo de 01 al 31 de mayo de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 789 de 2024.



Leidy Yesenia Daza Naveros  
C.C.1022339708 Bogotá  
CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA  
552121345

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                            |        |                 |                    |                     |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                                  | 1022339708        | LEIDY YESENIA DAZA NAVEROS |        | CRA 73 B 2 A 10 | 0000000            | leidydaza@gmail.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 |                   |                            |        |                 |                    | SI                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2024-04              | 2024-04                           | I             | 14/05/2024               | 76469863        | \$596.900        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |                  |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 225.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 8         | 1.500                 | 0              | 226.500       | 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 | 288.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 8         | 1.900                 | 0              | 289.900       | 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 | 43.900                 |                  |       |                        | 43.900                | 8         | 300                   | 44.200              |                            |                     | 439               | 44.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |             |              |           |
|---------------|----------------|--|--|--|-------------|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 36.000       | 8         |
|               |                |  |  |  |             | 300          | 36.300    |
|               |                |  |  |  |             |              | 1         |

| 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                              | 225.000                             | 226.500       |
| Pensión                | 1                              | 288.000                             | 289.900       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 43.900                              | 44.200        |
| CCF                    | 1                              | 36.000                              | 36.300        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 592.900                             | 596.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                 |                    |                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------|--------------------|---------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO              |
| CC                  | 1022339708        | LEIDY YESENIA DAZA NAVEROS |        | CRA 73 B 2 A 10 | 0000000            | leidydaza@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.    | BOGOTÁ, D.C.       |                     |
|                     |                   |                            |        |                 |                    | SI                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2024-04              | 2024-04                           | I             | 14/05/2024               | 76469863        | \$596.900 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |         |           |               |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |          |           |            | SALUD                |                      |                                | RIESGOS LABORALES               |          |           | CCF                    |          |           | PARAFISCALES    |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IDE | DA | DA      | DA | DA | DA | DA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1022339708            | DAZA NAVEROS LEIDY YESENIA | 59        | 0       |           | N             |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    | 230301   | 1.800.000 | 288.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.800.000 | 225.000                | 14-11    | 1.800.000 | 3               | 43.900     | CCF24      | 1.800.000 | 36.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA