Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOANA VIVIANA PEREZ MARTINEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52154257							
CORREO ELECTRONICO:	vivipe2302@gmail.com				CELULAR:	3114742846							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UCI ADULTOS 1				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	J02	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0048702252782								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1760-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 de 4			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/ABRIL/2018	NÚMERO DE CRP	21107	FECHA	30/ABRIL/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	ENFERMERA PROFESIONAL									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2018		31	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.995.008									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								
OBSERVACIONES: . SE REALIZAN 192 HORAS PROGRAMADAS										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.605.656
VALOR EJECUTADO	$10.856.904
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.995.008
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$748.752
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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 **$1.953,105**, 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
27321062/27583938	**$1.199.000,00**	$149.900	$191.900	3	$29.300	**$371.300**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de MAYO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

anrincon25

ANA TULIA RINCON SALCEDO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOANA VIVIANA PEREZ MARTINEZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**UCI ADULTOS 1**					**Sede: KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:	**1760-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	5	2018		31	5	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOANA VIVIANA PEREZ MARTINEZ		**C. C.**	52,154,257		**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** de la Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI __X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ACTIVIDADES BÁSICAS 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades -2 Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento -3 Ejecutar con criterio actividades segun tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería segun necesidades y prioridades del paciente -4 Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada -5 Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma .6 Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales -7 Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados -8 Realizar cálculo y control de líquidos administrados y eliminados -9 Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados -10 Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades	100%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para examenes especiales y/o medios diagnosticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas	1-Anecdotario 2-Bitacora de procedimientos 3-Bitacora de procedimientos 4-Bitacora de procedimientos
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería.-12 Registrar en Notas de Enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas. 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las Notas de Enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda actuación con su nombre y sello.-14 Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades.	100%	1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente	1-Lista de verificacion
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.	100%	1-Realizar recibo y entrega de turno	1- Libro de recibo y entrega de turno con asignacion diaria
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo.-18 Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.-19 Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.-20. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	100%	1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio	1-Bitacora y/o lista de verificacion
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD 22. Aplicar los principios de tecnica aseptica -23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.-24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo segun actividad a realizar en la institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	100%	1-Usa los elementos de proteccion personal 2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente	1-Anecdotario 2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION 25. Vigilar e informar faltantes del inventario.-26 Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.-27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.-28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio, segun los parámetros de la institución.29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. -30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o perdidas de los bienes bajo el marco normativo.-31 Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	100%	1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato 2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados	1-Libro de inventario 2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar enel diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización	100%	1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK	1-Formato de asistencia de capacitacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,995,008(DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHO PESOS MCT.)

JOANA VIVIANA PEREZ MARTINEZ CC 52.154.257

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Ana Rincon S

Nota. El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52154257	JOANA VIVIANA PEREZ MARTINEZ		CRA 72 A # 24 72 APTO 4403	3114742846	vivipe2302@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	03/05/2018	27321062	$347.700

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	140.500	0		0		0	0	0	0	140.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	179.800	0	0	0	0	0	0		179.800	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	27.400				27.400	0	0	27.400			274	27.400	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	140.500	140.500
Pensión	1	179.800	179.800
Riesgos Laborales	1	27.400	27.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	347.700	347.700

PAGADA 27321062

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52154257	JOANA VIVIANA PEREZ MARTINEZ	CRA 72 A # 24 72 APTO 4403	3114742846	vivipe2302@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	N	16/05/2018	27583938	$23.400

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	9.400	0		0		0	0	0	0	9.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	12.100	0	0	0	0	0	0		12.100	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	1.900				1.900	0	0	1.900			19	1.900	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	9.400	9.400
Pensión	1	12.100	12.100
Riesgos Laborales	1	1.900	1.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	23.400	23.400

PAGADA 27583938

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información disponible en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	DEPARTAMENTO
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	DEPARTAMENTO
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERIODO COMPENSADO	ENTIDAD	TIPO DE AFILIADO
CC	52154257	PEREZ	MARTINEZ	JOANA	VIVIANA	2019-05	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	52154252	PEREZ	MARTINEZ	JOANA	VIVIANA	2014-12	COMPENSAR E.P.S.	BENEFICIARIO

INFORMACION DE PERIODOS COMPENSADOS

ENTIDAD	PERIODO COMPENSADO	FECHA COMPENSACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	RESOLUCIÓN
COMPENSAR E.P.S.	05/2018	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2017	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2016	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2015	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2014	03/10/2014	30	BENEFICIARIO	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2014	03/10/2014	0	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2014	03/10/2014	25	BENEFICIARIO	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2014	03/10/2014	1	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2014	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2014	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2014	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2014	03/10/2014	30	COTIZANTE	4023

Scanned with CamScanner