PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMATO: CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 6
FN.FT.01

Agencia Nacional Digital

DATOS BÁSICOS	
NÚMERO DE CÉDULA	79.843.760
NOMBRE	JOSE RAUL CASTRO PERILLA
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ

INFORMACIÓN CONTRACTUAL						
NÚMERO DE CONTRATO	AND-090-2024	**VIGENCIA**	**DESDE**	23	FEBRERO	2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 20.000.000,00		**HASTA**	31	MARZO	2024

MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
VALOR ADICIONADO			**PRÓRROGA HASTA**	DÍA	MES	AÑO
VALOR CEDIDO			**FECHA CEDIDO**	DÍA	MES	AÑO
SUSPENSIÓN	**DESDE**	DÍA	MES	AÑO		
	HASTA	DÍA	MES	AÑO		
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 20.000.000,00		**TERMINACIÓN ANTICIPADA**	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	**NÚMERO DE CDP**	124	**NÚMERO DE RP**	11224
RUBRO	2302-0400-2-53105B-2302003-				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	PRIMERO (1)	**RÉGIMEN**	NO RESPONSABLE DE IVA	**PENSIONADO**	NO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			**DECLARANTE DE RENTA**	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 10.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	$ 10.000.000,00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	$ 10.000.000,00
SALDO POR PAGAR	$ 10.000.000,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*	$ 640.000,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*	$ 500.000,00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	$ 20.900,00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (	$ 0,00

BASE GRAVABLE	$ 0,00
IVA	$ 0,00
TOTAL	$ 0,00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BBVA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
N° DE CUENTA	171121056

* El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1. Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
2. En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.
*Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
3. De acuerdo con los plazos establecidos en el Articulo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
4. En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
5. De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al pais).

Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aqui establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:



FIRMA: JOSE RAUL CASTRO PERILLA

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
LETTY ROSMIRA LEAL MALDONADO	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINAN	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.



FIRMA: LETTY ROSMIRA LEAL MALDONADO

Si usted copia o imprime este documento la Agencia Nacional Digital lo considerará como no Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso.

Si usted copia o imprime este documento la Agencia Nacional Digital lo considerará como no Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso.

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

Fecha de expedición del documento: agosto *de 2024.*
Nombre: *JOSE RAUL CASTRO PERILLA*
N° contrato: *AND-090-2024*
Fecha de inicio: *23 de febrero de 2024.*
Fecha de terminación: *31 de marzo de 2024.*
Período de pago: *febrero*
N° de pago y/o factura: *1.*
Objeto Contractual: Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa los servicios profesionales jurídicos particularmente en aspectos de derecho laboral en cumplimiento de las obligaciones a cargo de la Agencia Nacional Digital
Supervisor: LETTY ROSMIRA LEAL MALDONADO - SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	Emitir conceptos desde la experticia del área laboral sobre situaciones que se susciten en la entidad relacionados con conflictos para con sus trabajadores.	1.- Se asiste a reunión en la AND, el día 26 de febrero de 2024 con Letty Leal de la subdirección administrativa y financiera, Paula Ricaurte abogada procesal, Manuel Marrugo Rivera Subdirector Jurídico (e), para la entrega de instrucciones y contextualización de los casos objeto de análisis los cuales son: a) Analizar y verificar el funcionamiento y cumplimiento de las obligaciones a cargo del comité de convivencia laboral, en	EVIDENCIA FEBRERO

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
		especial el desarrollo de las actuaciones dadas en el mes de Diciembre de 2023 con una queja de acoso laboral, del cual se deben proponer acciones de mejora para su funcionamiento, programando reunión para contextualización y revisión de soportes documentales para el 04 de marzo de 2024. b) Analizar fuero de estabilidad laboral reforzada estado de lactancia, para establecer tiempo de protección y verificar la forma en que opera de acuerdo al tipo de vinculación laboral. c) Revisar procedencia de concesión de vacaciones a solicitud del trabajador, facultad del empleador de establecer el periodo de disfrute, en fecha 27 de febrero de 2024 de manera preliminar se emite concepto de manera telefónica a la supervisora del contrato, haciendo alusión a la facultad contenida en el artículo 187 del C.S.T. d) Revisar caso asesor de Dirección, posibilidad de dar aplicación a la facultad contenida en el numeral 14 del artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo, sobre la terminación del vinculo laboral por reconocimiento de la pensión.	

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
02	Realizar análisis y evaluación de posibles riesgos en la entidad derivados de las medidas administrativas que sean necesario su ejecución dentro del ámbito de las relaciones laborales.	En reunión del 26 de febrero de 2024, se recibe contextualización del caso y la carpeta correspondiente a la extrabajadora LUZ STELLA DURAN, para realizar análisis de los posibles riesgos de reclamaciones, demandas o actuaciones administrativas, con ocasión de la terminación del vínculo laboral, fuero de estabilidad ante queja de acoso laboral ante Ministerio de Trabajo, reintegro por orden de juez de tutela y desvinculación con justa causa.	EVIDENCIA FEBRERO
03	Brindar asesoría y atender los requerimientos que sean realizados por la subdirección jurídica, en lo atinente a reclamaciones laborales, acciones de tutela, demandas laborales, querellas ante los organismos de control en el ámbito laboral.	En fecha 23 de febrero de 2024, se emite concepto preliminar de manera verbal y vía telefónica sobre la posibilidad de realizar la solicitud ante Colpensiones de reconocimiento pensional al señor LUIS ALBERTO CLAVIJO CUINEME, acogiendo las facultades establecidas en la ley 797 de 2003, al haber cumplido los requisitos de edad y semanas de cotización sin que transcurridos 30 días lo hubiese solicitado el trabajador, para lo cual se realiza consulta ante la Registraduría Nacional del Estado Civil sobre la fecha de nacimiento y/o existencia de registro civil para establecer si cumple requisito de edad para acceder a pensión.	EVIDENCIA FEBRERO

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
04	Revisar y/o elaborar los contratos de trabajo que sean necesarios para la contratación de personal que labore para la agencia de acuerdo a las necesidades de los servicios a prestar	• Se revisa contrato de trabajo del señor LUIS ALBERTO CLAVIJO, y los soportes documentales anexos al mismo, para determinar si cumple los requisitos para acceder a la pensión de vejez y de acuerdo a ello proceder a solicitar ante Colpensiones el reconocimiento de la misma.	EVIDENCIA FEBRERO
05	Asesorar a la agencia en las situaciones que se presenten, relacionadas con la aplicación de las medidas disciplinarias a los trabajadores, comités de convivencia, reglamento interno de trabajo, y demás que se susciten derivados del relacionamiento laboral con sus trabajadores.	• El 26 de febrero de 2024 se recibe de parte del Dr Manuel Marrugo quien fungía como subdirector Jurídico Encargado, hoja de vida del señor LUIS ALBERTO CLAVIJO, para realizar el análisis de la situación laboral para adoptar las medidas pertinentes en pro de las normativas existentes.	EVIDENCIA FEBRERO
06	Brindar apoyo y emitir conceptos que sean requeridos por la agencia, respecto de otros asuntos que considere la dirección sean necesarios y en pro de la defensa judicial de la entidad.	No hubo requerimiento en esta área.	

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor
Ninguna.	Ninguna

REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	**NUMERO**
FEBRERO	77093965-79382339

Presentó:



Firma Contratista
JOSE RAUL CASTRO PERILLA

Aprobó



Subdirectora Administrativa y financiera
LETTY ROSMIRA LEAL MALDONADO

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	79843760	JOSE RAUL CASTRO PERILLA		bogota dc	3100077		
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	14/05/2024	77093965	$325.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	133.400	0		0		0	61	6.900	0	140.300	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	170.700	0	0	0	0	61	8.800	0	179.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.600				5.600	61	300	5.900			56	5.900	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	133.400	140.300
Pensión	1	170.700	179.500
Riesgos Laborales	1	5.600	5.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.700	325.700

PAGADA

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

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	79843760	JOSE RAUL CASTRO PERILLA		bogota dc	3100077		
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	14/05/2024	77093965	$325.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	79843760	CASTRO PERILLA JOSE RAUL	57	0			N	X																230301	1.066.667	170.700	0	0	0	0	EPS005	1.066.667	133.400	14-23	1.066.667	1	5.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	79843760	JOSE RAUL CASTRO PERILLA	bogota dc	3143097454	raulcastrop46@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
77093965	14/05/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	N	03/09/2024	79382339	$968.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	366.600	0		0		0	173	50.300	0	416.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	469.300	0	0	0	0	173	64.400	0	533.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.300				15.300	173	2.100	17.400			153	17.400	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	173	0	0	0
ICBF				
0	173	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	366.600	416.900
Pensión	1	469.300	533.700
Riesgos Laborales	1	15.300	17.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	851.200	968.000

PAGADA

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

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	79843760	JOSE RAUL CASTRO PERILLA	bogota dc	3143097454	raulcastrop46@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
77093965	14/05/2024	N	03/09/2024	79382339	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02				$968.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	79843760	CASTRO PERILLA JOSE RAUL	57	0			N	X																230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000	14-23	4.000.000	1	20.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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