CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 19/09/2024

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 51.945.615

CONTRATO No.: ADRES-CPS-279-2024

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los presta-dores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de trán-sito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aproba-dos por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/08/2024 **HASTA:** 6/08/2024

LA SUMA DE: Un millon ciento cuarenta mil doscientos trece pesos M/cte ($ 1.140.213 M/cte)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Cra 12 Bis # 34C-17 sur. Casa 37

TELÉFONO: 3124163291

FIRMA
C.C 51.945.615 de Bogotá

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS-279-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ	**Teléfono / Extensión**	4322760
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	7/02/2024	**Fecha de Terminación**	6/08/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/08/2024	**Hasta**	6/08/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en	Se efectuó la revisión y verificación de las validaciones y los soportes de 961 ítems a 98 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Muestra de calidad Medico RG62 Se efectuó la revisión y verificación de las validaciones y los soportes de 33 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Verificación 2106.	Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado Muestra de calidad Medico RG62 Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Verificación 2106.	n/a n/a

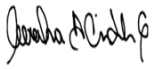
	salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes.	Se efectuó la revisión y verificación de las validaciones y los soportes de 5321 ítems a 397 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Muestra_habilitación_RG62_V1_auditoria parcial. Se efectuó la revisión y verificación de las validaciones y los soportes de 853 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Solicitud_seguimiento_reintegro_Azalud.	Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Muestra_habilitación_RG62_V1_auditoria parcial Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Solicitud_seguimiento_reintegro_Azalud	n/a n/a
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto	Se realizó el registro del resultado de las tareas asignadas en las herramientas sistemas y formatos Se realizó el registro del resultado de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de 961 ítems a 98 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Resultado Muestra de calidad Medico RG62. Se realizó el registro del resultado de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de 33 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Resultado Verificación 2106. Se realizó el registro del resultado de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de 5321 ítems a 397 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Resultado Muestra habilitación _RG62_V1_Auditoria parcial_ Se realizó el registro del resultado de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de 853 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Resultado Solicitud_seguimiento_reintegro_Azalud	Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Resultado Muestra de calidad Medico RG62 Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Resultado Verificación 2106. Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Resultado Muestra habilitación _RG62_V1_Auditoria parcial_ Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Resultado Solicitud_seguimiento_reintegro_Azalud	n/a n/a n/a n/a

3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se efectuó la revisión y verificación de las validaciones y los soportes de 961 ítems a 98 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Reporte resultado Muestra de calidad Medico RG62 Se cumplió, y se reportó la meta de productividad y calidad en el proceso de la verificación y auditoría de 33 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Reporte resultado Verificación 2106. Se cumplió, y se reportó la meta de productividad y calidad en el proceso de la verificación y auditoría de 5321 ítems a 397 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: Reporte resultado Muestra habilitación _RG62_V1_Auditoria parcial_ Se cumplió, y se reportó la meta de productividad y calidad en el proceso de la verificación y auditoría de 853 reclamaciones correspondientes a la asignación del archivo: : Resultado Solicitud_seguimiento_reintegro_Azalud	Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Reporte resultado Muestra de calidad Medico RG62 Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Reporte resultado Verificación 2106. Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Reporte resultado Muestra habilitación _RG62_V1_Auditoria parcial_ Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: Reporte resultado Solicitud_seguimiento_reintegro_Azalud	n/a n/a n/a n/a
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, las			n/a

	reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	n/a
6	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas,	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	n/a

	irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud			
7	. Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	n/a

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



Firma del Contratista

Fecha: 19/09/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 34.206.396	$ 33.066.183	$ 1.140.213	0	$ 0

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Un millón ciento cuarenta mil doscientos trece pesos m/cte. ($ 1.140.213)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	**PLANILLA No.**	**VALOR**	**PERIODO**		**FECHA DE PAGO**
			DESDE	**HASTA**	
Salud	79488520	$ 315.100	01/08/2024	31/08/2024	16/09/2024
Pensión	79488520	$ 403.300	01/08/2024	31/08/2024	16/09/2024
ARL	79488520	$ 13.300	01/08/2024	31/08/2024	16/09/2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: N/A

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

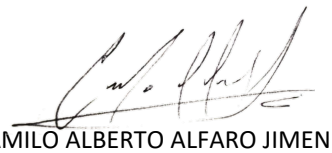
3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	N/A
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020

	5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:



CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ

Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 19/09/2024

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS-279-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	**SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS**		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ	**Extensión del Supervisor**	432 27 60
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. .		
Fecha de Inicio	7/02/2024	**Fecha de Terminación**	6/08/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	**7/02/2024**	**Hasta**	**6/08/2024**
Adición y/o Prórroga	**N/A**			
Suspensión	**N/A**			
Cesión	**N/A**			
Terminación	6/08/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	$ 34.206.396
Valor adiciones	$ 0
Valor total incluidas las adiciones	$ 34.206.396
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	$ 33.066.183
Valor Pendiente por pagar al Contratista	$ 1.140.213
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	$ 0
Valor a liberar	$ 0
Valor liberado	$ 0
Valor total ejecutado	$34.206.396

INFORME DE EJECUCIÓN

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros (Seguros del estado S.A.) como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
14-44-101203205	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	8.551.599	05/02/2024	10/02/2025

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
N/A	N/A

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

En el evento que la forma de pago se haya pactado por % de ejecución deberá dilgenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS
N/A	N/A	N/A	N/A

Existen obligaciones específicas pos-ejecución (Aquella obligación que se extiende más allá del plazo de ejecución y/o de liquidación):

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

OBLIGACIÓN	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN (*)
N/A	N/A	N/A

DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

- El contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales contaron con el visto bueno del Supervisor(a), de la siguiente manera:

  a) Del período comprendido entre el 07 de febrero de 2024 al 29 de febrero de 2024.
  b) Del período comprendido entre el 01 de marzo de 2024 al 31 de marzo de 2024.
  c) Del período comprendido entre el 01 de abril de 2024 al 30 de abril de 2024.
  d) Del período comprendido entre el 01 de mayo de 2024 al 31 de mayo de 2024.
  e) Del período comprendido entre el 01 de junio de 2024 al 30 de junio de 2024.
  f) Del período comprendido entre el 01 de julio de 2024 al 31 de julio de 2024.
  g) Del período comprendido entre el 01 de agosto de 2024 al 6 de agosto de 2024.

VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS		
Incluir las obligaciones generales de orden administrativo que implican verificación y entrega de documentos, software, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.		
OBLIGACIÓN	**VERIFICACIÓN**	
	Cumple	**No Cumple**
N/A	☒	☐

De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales especificaciones, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se hayá pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega)
3. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos

OBSERVACIONES	No aplica

En constancia, firmo:



CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 19/09/2024

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	51945615	SANDRA ANGELICA CORDOBA GALVIS	crr 12 bis n 34 c 17 sur	0000000	sandracor48@hotmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	16/09/2024	79488520	$731.700	

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	312.500	0		0		0	11	2.600	0	315.100	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	400.000	0	0	0	0	11	3.300	0	403.300	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	13.100				13.100	11	200	13.300			131	13.300	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	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	312.500	315.100
Pensión	1	400.000	403.300
Riesgos Laborales	1	13.100	13.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	725.600	731.700

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	51945615	SANDRA ANGELICA CORDOBA GALVIS	crr 12 bis n 34 c 17 sur	0000000	sandracor48@hotmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	16/09/2024	79488520	$731.700	

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	Estornado	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	51945615	CORDOBA GALVIS SANDRA ANGELICA	59	0			N																	25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	312.500	14-23	2.500.000	1	13.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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