Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.875.455				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 1017 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	4.163.624	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	23.811.498			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.086.862
N° DE INFORME:	11		N° CRP:	13298		N° CDP:	149
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIES (10) DIEZ						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	7	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	7	PRORROGAS	7	
VALOR ADICIONADO	$ 2.088.683	CDP DE LA ADICIÓN:	943	CRP DE LA ADICIÓN:	21645	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.081.812	CDP DE LA ADICIÓN:	1268	CRP DE LA ADICIÓN:	24317	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.775.749	CDP DE LA ADICIÓN:	1623	CRP DE LA ADICIÓN:	29380	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.267.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2189	CRP DE LA ADICIÓN:	32626	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.245.436	CDP DE LA ADICIÓN:	2593	CRP DE LA ADICIÓN:	37690	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 15.150	CDP DE LA ADICIÓN:	2792	CRP DE LA ADICIÓN:	40136	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.173.724	CDP DE LA ADICIÓN:	3758	CRP DE LA ADICIÓN:	46760	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Buscar datos de contacto y revisar los diferentes aplicativos e historias clinicas para llamar los usuarios y asisgnar citas de los servicios faltantes según frecuencia de uso en la RPMS para la canalización respectiva (COHORTE VEJEZ). Se deje registro en base de datos para hacer entrega los dias estupulados por la persona encargada de reportar. En caso de no ser contactable se debe dejar un seguimiento en 3 dias dias feferentes, 3 horarios diferentes.
2	Buscar datos de contacto y revisar los diferentes aplicativos e historias clinicas para llamar los usuarios y asisgnar citas de los servicios faltantes en la RCCM para la canalización respectiva (COHORTE CARDIO CEREBRO VASCULAR). Se deje registro en base de datos para hacer entrega los dias estupulados por la persona encargada de reportar. En caso de no ser contactable se debe dejar un seguimiento en 3 dias dias feferentes y en 3 horarios diferentes.
3	Buscar datos de contacto y revisar los diferentes aplicativos e historias clinicas para llamar los usuarios y asisgnar citas de los servicios faltantes en la EPOC para la canalización respectiva (COHORTE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS). Se deje registro en base de datos para hacer entrega los dias estupulados por la persona encargada de reportar. En caso de no ser contactable se debe dejar un seguimiento en 3 dias dias feferentes y en 3 horarios diferentes.
4	Buscar datos de contacto y revisar los diferentes aplicativos e historias clinicas para llamar los usuarios y asisgnar citas de los servicios faltantes en la ruta 16 visuales y auditivas y ruta 7 salud oral para la canalización respectiva. Se deje registro en base de datos para hacer entrega los dias estupulados por la persona encargada de reportar. En caso de no ser contactable se debe dejar un seguimiento en 3 dias dias feferentes y en 3 horarios diferentes.
5	Verificar de las bases reportadas por capital salud e enviadas por las lideres de prodeso para realizar gestion de usuarios cronicos que consultaron urgencias o se encuentran hospitalización y dar prioridad a la asignación de citas tanto como de cronicos como de las actividades de la RPMS.
6	Se informa al líder de la cohorte por medio de correo hallazgos encontrados en el seguimiento relacionados con la gestión del riesgo y se realiza gestion para las barreras de acceso.
7	Se realiza confirmacion en base de datos y asignacion de citas para toma de espirometrias y controles con nuemologia para entrega de reportes. Cumpliendo con el minimo requerido de 92 usuarios asisgados por mes. Los usuarios no contactables se debe deja nota respectiva en historia clinica.
8	Se llama un dia antes los pacientes asignados para toma de espirometrias para confirmar asistensia e indicaciones para la toma del mismo. Si algun paciente llega a cancelar de debe llenar el espacio inmediatamente.
9	Se realiza confirmacion en base de datos y asignacion de citas para toma de espirometrias y controles con nuemologia para entrega de reportes. Usuarios no contactables se deja nota respectiva en historia clinica.
10	Asistir a las capacitaciones que se programen por lider del proceso acorde a estrategia implemntada.
11	Se realiza seguimiento a pacientes con diagnostico con enfermedades cronicas sin metodos de planificacion para agentamiendo con control de planificacion familiar promoviendo el uso de metodo definitivo o a largo plazo teniendo en cuenta el riesgo de estos pacientes.
12	Se envia correo a canalizaciones, soporte de bases de SIRC gestionada con las rutas 1 PMS, ruta 2 CCV ruta 3 EPOC y rutas 7 salud oral y 16 visuales para ser verificada por VIVIANA RAMOS con copia a las diferentes lideres de procesos.

13	Se realiza autongendamiento 3 veces por semana con mas de 12 usuarios al dia para un total de 132 usuarios al mes de noviembre. Mas las extras que se requieran esto con el fin de dejar registro en historia clinica.
14	Se realiza busqueda de usuaria de la EPS coosalud en aplicativos ADRES y comprobador de derechos para validar asignacion y dar respuesta a SIRC de curso de vida VEJEZ.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80960256	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	10/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	10/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR S.A	10/10/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 402.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Astrid v prada

ASTRID VIVANA PRADA BELTRAN
CC: 1023875455
CEL: 3124986522

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN	**CC:**	1023875455
		RUT (NIT):	1023875455
CORREO ELECTRÓNICO:	astrid._prada@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3124986522
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 15 ESTE # 14 A 49 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**NU Bank**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**61144523**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1017 2024**	**N° CDP:**	**3758**	**N°. RP:**	**46760**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 23811498**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 2.086.862**					
	DOS MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE					

Astrid V Prada.

ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN
C.C 1023875455
cel: 3124986522

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-JA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.875.455

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1017 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				4.163.624,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.811.498,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.086.862,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	N° CRP INICIAL:	13298	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	149
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80960256		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	COHORTES DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	$ 2.088.683	CDP DE LA ADICIÓN:	943	RP DE LA ADICIÓN:	21645	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.081.812	CDP DE LA ADICIÓN:	1268	RP DE LA ADICIÓN:	24317	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.775.749	CDP DE LA ADICIÓN:	1623	RP DE LA ADICIÓN:	29380	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.267.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2189	RP DE LA ADICIÓN:	32626	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.245.436	CDP DE LA ADICIÓN:	2593	RP DE LA ADICIÓN:	37690	TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 15.150	CDP DE LA ADICIÓN:	2792	RP DE LA ADICIÓN:	40136	TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.173.724	CDP DE LA ADICIÓN:	3758	RP DE LA ADICIÓN:	46760	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	
N° DE PÓLIZA:	NO	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NO
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/11/2024) AL (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO:DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY PERFIL: LIDER DEL PROCESO

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	1023875455	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN		transversal 15 este # 14 a - 49 sur	2334478	astrid._prada@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	10/10/2024	80960256	$402.200	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1023875455	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN		transversal 15 este # 14 a - 49 sur	2334478	astrid._prada@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	10/10/2024	80960256	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Actividad económica	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
CC	1023875455	PRADA BELTRAN ASTRID VIVIANA	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	182.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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