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**

P

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
ANGIE JULIETH GODOY PERILLA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.000.830.436				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E S E						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1477 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**3.591.660**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (2) MESES**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**20.633.840**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$**	**1.921.566**
N° DE INFORME:	N° 11		**N° CRP:**	13721	**N° CDP:**	140	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		5AN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA- DIRECTOIR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	2.046.830	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20934	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	1.795.830	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23819	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	2.394.440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29102	**PRORROGADO:**	UN MES (1) Y DIEZ (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	1.795.830	**ADICIÓN:**	2199	**ADICIÓN:**	32948	**PRORROG**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	5.387.490	**ADICIÓN:**	2606	**ADICIÓN:**	36479	**PRORROG**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	377.208	**ADICIÓN:**	2784	**ADICIÓN:**	39882	**PRORROG**	N/A
VALOR ADICIONADO	$ 3.244.552	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3754	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46832	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**ADICIÓN:**		**ADICIÓN:**		**PRORROG**	
VALOR ADICIONADO		**ADICIÓN:**		**ADICIÓN:**		**PRORROG**	
VALOR ADICIONADO		**ADICIÓN:**		**ADICIÓN:**		**PRORROG**	
VALOR ADICIONADO		**ADICIÓN:**		**ADICIÓN:**		**PRORROG**	

III. POLIZAS

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

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	Realizar verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
2	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
3	Se realiza educacion y seguimiento al usuario con patologias cronicas de manera telefonica, brindando educacion de alimentacion, actividad fisica y cumplimiento a todos sus controles
4	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
5	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
6	Verificar historia clinica de citas asignadas para realizar seguimiento a los pacientes despues de las consultas
7	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
8	se realizan observaciones y novedades en base de datos excel

9	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
10	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
11	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
12	asistir a todas la reuniones programas
13	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
14	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
15	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
16	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
17	se cumple con uso adecuado de uniforme, carnet institucional en el correspondiente punto de trabajo, no se presta atencion asistencial, trabajo de seguimiento de base de datos hemoglobinas glicosiladas y seguimientos telefonicos
18	Se realiza seguimiento telefonico a paciente y/o familiar dando una buena atencion, informacion clara, respondiendo en cada duda brindada por ellos para que la atencion e informacion brindada quede clara
19	Se realiza educacion por medio de seguimiento telefonico, brindando informacion sobre cuidados de alimentacion, signos de alarma sobre su diagnostico, asistir cumplidamente a sus controles medicos
20	No compartir informa sobre historia clinica, ni datos personales de los pacientes
21	Se realizan las actividades dentro del marco de la Ruta Cardio Cerebrovascular y Metabólica, cumpliendo 186 HORAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81713371	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	11/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/12/2024	$ 31.700
OTRO	CC COMPENSAR	11/12/2024	$ 26.000
TOTAL PAGADO			$ 428.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2 - Que realice 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.

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

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

ANGIE JULIETH GODOY

ANGIE JULIETH GODOY PERILLA
CC: 1000830436
CEL: 3161858302

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)

		CC:	1000830436
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA	**RUT (NIT):**	1000830436-1
CORREO ELECTRÓNICO:	julngodoy perilla@gmail com	**TELÉFONO:**	3161858302
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 26 B 32 20 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 parágrafo

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550488414017084**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1477 2024**	**N° CDP:**	**3754**	**N°. RP:**	**46832**	**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: $ 20.633.840**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$** 1.921.566 UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTIÚN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS					

ANGIE JULIETH GODOY

ANGIE JULIETH GODOY PERILLA
C.C 1000830436
cel: 3161858302

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-IA-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	**ANGIE JULIETH GODOY PERILLA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.000.830.436**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1477 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**3.591.660**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**20.633.840**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.921.566**
N° PAGO / N° DE INFORME:	(11 de 11)	**N° CRP INICIAL:**	13721	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N° 81713371)		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5AN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA- DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (7)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	2.046.830	**CDP DE LA**	934	**RP DE LA**	20934	**TIEMPO**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	1.795.830	**CDP DE LA**	1261	**RP DE LA**	23819	**TIEMPO**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	2.394.440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**RP DE LA ADICIÓN:**	29102	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1) Y DIEZ (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	1.795.830	**CDP DE LA**	2199	**RP DE LA**	32948	**TIEMPO**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	5.387.490	**CDP DE LA**	2606	**RP DE LA**	36479	**TIEMPO**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	377.208	**CDP DE LA**	2784	**RP DE LA**	39882	**TIEMPO**	N/A
VALOR ADICIONADO	$ 3.244.552.	**CDP DE LA**	3754	**CRP DE LA**	46832	**TIEMPO**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

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

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 presento 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 articulo 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)

	Dr. Guillermo Rubio Güizo Médico Cirujano General RM 14244000 **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **CARGO: DIRECTOR AMBULATORIOS (E)**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **EDISON SANCHEZ QUINTERO** **PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS**

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	1000830436	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA		Cra 26 b # 32 20 sur	5684894	juligodoy.perilla@gmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	12/11/2024	81713371	$428.200

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000830436	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA	Cra 26 b # 32 20 sur	5684894	juligodoy.perilla@gmail.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	12/11/2024	81713371	$428.200	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1000830436	GODOY PERILLA ANGIE JULIETH	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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