3176

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>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<br>FECHA: 2024-09-16 |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**STHEPHANY MELISSA CUZMAN CUBIDES**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | **1.000.604.863** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3176 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **1/02/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 3.592.640** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (2) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 19.759.520** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 3.592.640** |
| **Nº DE INFORME:** | DIEZ (10) | **Nº CRP:** | 17056 | **Nº CDP:** | 136 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | ONCE (11) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 8 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 8 | **PRORROGAS** | 8 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 957 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 22662 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1372 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 26018 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1722 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 29684 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2229 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 33825 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2661 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 38029 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3107 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 41115 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3385 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 43119 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.592.640 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3657 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 45003 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MES |

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Se realiza respectivo llamado en ventanilla manteniendo el orden de los turnos entregados |
| 2 | Se cumple con el manejo de verificacion en ordenes medicas cunado el usuario llega a su respectiva cita a la unidad |
| 3 | Se indaga en las plataformas de internet afiliacion vigente del usuario |
| 4 | Se realiza validacion deacuerdo a normatividad vigente |
| 5 | Se complementa la actualizacion en la ficha DGH con la actualizacion de datos |
| 6 | Al inicio de jornada se empieza con facturacion correspondiente de los usuarios que tiene agendado cita en la unidad |
| 7 | Se realiza facturacion de citas al usuario y se soportan deacuerdo a lo que rige la norma con facturas evento |
| 8 | En la generacion de copagos a usuarios se da recibo de caja correspondiente,al finalizar jornada se entrega dinero generado en copagos |
| 9 | Al finzalizar jornada se hace relacion de dinero en los fomatos correspondientes para entrega de las mismos |
| 10 | Se soporta y relacion en formato entrega de facturas soportadas |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **81401111** | **OPERADOR:** | **MI PLANILLA** |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | **18/11/2024** | **$ 165.000** |
| **PENSIÓN:** | **PROTECCION** | **18/11/2024** | **$ 211.200** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SURA** | **18/11/2024** | **$ 32.200** |
| **OTRO** | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 408.400** |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: STHEPHANY MELISSA GUMAN CUBIDES**
**CC: 1000604863**
**CEL: 3022730306**

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

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES | **CC:** | 1000604863 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | isa2001_1904@hotmail.es | **TELÉFONO:** | 3022730306 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CR 79 A 38 C 90 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:** | **BANCO CAJA SOCIAL** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **24126309395** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 3176 2024 | **N° CDP:** | 3657 | **N°. RP:** | 45003 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 1/02/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 19,759,520** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | | **1.796.320** |
| | **UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE** | | | | | |

**STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES**
**C.C 1000604863**
**cel: 3022730306**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES | | | | |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.000.604.863 | | | | |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3176 2024 | FECHA INICIO CONTRATO | 1/02/2024 | | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.592.640 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $19,759,520 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 1.796.320 | | |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | DIEZ (10) | Nº CRP INICIAL: | 17056 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 136 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | ONCE (11) MESES | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 81401111 | OPERADOR: | MI PLANILLA | | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | FACTURACION - AMBULATORIOS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO | | | | |

| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIÓN: | 8 | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | 8 | 8 | |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.796.320 | CDP DE LA | 957 | RP DE LA | 22662 | TIEMPO | (1 MESES) |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.796.320 | CDP DE LA | 1372 | RP DE LA | 26018 | TIEMPO | (1 MESES) |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.796.320 | CDP DE LA | 1722 | RP DE LA | 29684 | TIEMPO | (1 MESES) |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.796.320 | CDP DE LA | 2229 | RP DE LA | 33825 | TIEMPO | (1 MESES) |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.796.320 | CDP DE LA | 2661 | RP DE LA | 38029 | TIEMPO | (1 MESES) |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.796.320 | CDP DE LA | 3107 | RP DE LA | 41115 | TIEMPO | (1 MESES) |
| VALOR ADICIONADO | $ 1.796.320 | CDP DE LA | 3385 | RP DE LA | 43119 | TIEMPO | (1 MESES) |
| VALOR ADICIONADO | $ 3.592.640 | CDP DE LA | 3657 | RP DE LA | 45003 | TIEMPO | (2 MESES) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |

| III. POLIZAS (SI APLICA) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X | |
| Nº DE PÓLIZA: | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | | |
| FECHA DE LA PÓLIZA | | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | | | |

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? | | |
| 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? | | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | | |
| 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? | | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | | |

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: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO<br>DIRECTOR FINANCIERO |
| | YAMILE CANO HERRERA<br>REFERENTE FACTURACION |

MG

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 | 1000604863 | STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES | cra78 a #38c 90 sur | 4518440 | lsa2001_1904@hotmail.es | |
| 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 | 18/11/2024 | 81401111 | $408.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 165.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 165.000 | 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 | 211.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 211.200 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 32.200 | | | | 32.200 | 0 | 0 | 32.200 | | | 322 | 32.200 | 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 | 165.000 | 165.000 |
| Pensión | 1 | 211.200 | 211.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 32.200 | 32.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 408.400 | 408.400 |

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 | 1000604863 | STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES | | cra78 a #38c 90 sur | 4518440 | isa2001_1904@hotmail.es | |
| 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 | 18/11/2024 | 81401111 | $408.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza 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 | 1000604863 | GUZMAN CUBIDES STHEPHANY MELISSA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.320.000 | 211.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.320.000 | 165.000 | 14-11 | 1.320.000 | 3 | 32.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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