3749

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	DORANI YATE PINTO				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.955.185				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3749 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/03/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.975.952				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.720	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.975.952		
Nº DE INFORME:	9	Nº CRP:	45078	Nº CDP:	3657
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	10 MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	8	PRORROGAS	8	
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22783	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26127	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29788	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33924	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38123	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41206	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43203	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45078	TIEMPO PRORROGADO:	2 MES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		NO
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se verificó la apertura de ingreso y admision por parte del área de autorizaciones de los usuarios a facturar
2	Se verificó en el sistema DGH los soportes del paquete administrativo cargados el área de autorizaciones de los usuarios a facturar
3	Se verificó que los datos de los usuarios estuvieran registrados en el sistema de información DGH
4	Se informó al area de trabajo social las novedades presentadas durante el periodo
5	Se revisó que los soportes y respuestas coincidieran con el ususario a facturar
6	Se realizó la verificación y confirmación de las ordenes de servicio de los ingresos a facturar
7	Se verificaron las actividades cargadas en el sistema DGH para la elaboración de la factura al paciente
8	Se validaron los soportes entregados por el area de autorizaciones, realizando reporte de las novedades presentadas
9	Se dio egreso dentro de los tiempos establecidos en el sistema de información DGH a las salidas reportadas por el área sistencial
10	Se entragaron las salidas a los pacientes para ser presentadas al area de seguridad
11	Se verificó el cargue de los soportes mauales en el sistema de información DGH reportando las novedades a las área encargadas
12	Se generaron las facturas y/o registros de servicios y los recibos de caja a los pacientes según aplique en la normatividad vigente
13	Se realizan los recibos de caja a los pacientes según la normatividad
14	Se generaron y confirmaron en el sistema de información DGH los formatos de pagaré autorizados por el área de trabajo social y validados por referentes del área de facturación
15	Se verificó el saldo de los pácientes que se acercaron a la ventanilla y se realizaron los recibos de caja a los abonos de pacientes
16	Se realizó el cierre de caja al finalizar la jornada generando los formatos de entrega y legalización al área de tesoreria
17	Se generaron las facturas y/o registros de servicios para su posterior soporte y armado por el área encargado
18	Realicé las corecciones reportadas por el revisor de cuentas dentro de los tiempos establecidos
19	En las caidas o lentitud del sistema se realizó el plan de contingencia dando prioridad a los pacientes con salida
20	Se realizó el seguimiento a los ingresos asignados realizando el apoyo requerido
21	Asistía las capacitaciones y socializaciones realizadas por los prupos del área
22	Apoyé los procesos desde mi alcance en momentos de contingencia

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81630047		OPERADOR:	MI PLANILLA COMPENSAR	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR		18/11/2024	$	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES		18/11/2024	$	208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		18/11/2024	$	31.700
OTRO					
TOTAL PAGADO				$	402.200

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 período correspondiente

DORANI YATE PINTO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 52955185
CEL: 3106965843

9

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**DORANI YATE PINTO**	**CC:**	**52955185**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	doraya.29@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3106965843**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 48 C SUR N 10 C 20	**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 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N°. CUENTA:**	**0570002170056887**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 3749 2024**	**N° CDP:**	**3657**	**N°CRP**	**45078**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/03/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 19.759,720**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**1,975,952**					
	UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MTC					

DORANI YATE PINTO
C.C 52.955.185
cel: 3106965843

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

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**DORANI YATE PINTO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.955.185**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3749-2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	1/03/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.975.952		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.720	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	1.975.952

N° PAGO / N° DE INFORME:	9	**N° CRP INICIAL:**	19095	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	531
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	10 MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**81630047**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - HOSPITALIZACION**		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**2LV HOSPITAL LA VICTORIA**		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (8)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22783	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26127	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29788	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33924	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38123	**TIEMPO PRORROGADO:**	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41206	**TIEMPO PRORROGADO:**	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.975.952		3385		43203		1MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.951.904	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**RP DE LA ADICIÓN:**	45078	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MES

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 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** **DIRECTOR FINANCIERO**
	YAMILE CANO HERRERA **REFERENTE FACTURACION**

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	52955165	DORANI YATE PINTO	CALLE 48 C SUR 10 C 20	5674711	doraya.29@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	18/11/2024	81630047	$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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52955185	DORANI YATE PINTO		CALLE 48 C SUR 10 C 20	5674711	doraya.29@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81630047	TOTAL A PAGAR	
					$402.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suntico	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	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	52955185	YATE PINTO DORANI	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por la Ley de Compensar. Prohibida su difusión.

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	52955185	DORANI YATE PINTO		CALLE 48 C SUR 10 C 20	5674711	doraya.29@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	18/11/2024	81630047	$402.200	

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	52955185	YATE PINTO DORANI	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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