Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-15	
Nombre del Contratista:	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ		**Número de Documento:**	1024587775	
Correo Electrónico:	kren.ortiz4@gmail.com		**Número Telefónico:**	3502023068	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5430-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	1428
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	0	21729	$1999068	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1999068**	**UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-06-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-07-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-07-01	2024-09-15	1	$ 3998136	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	$ 4215426	2358

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	JUNIO	$ 1999068
2	JULIO	$ 3998136

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 3998136
4	SEPTIEMBRE	$ 4215426

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996272	**$ 16209834**	**$ 14210766**	**$ 1999068**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	--sesiones con escolares, padres, escala abreviada del desarrollo para un total de 35 sesiones	--se realiza el respectivo diligenciamiento de los documentos de sesiones colectivas
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en actividad fisica de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	--desarrollar actividades según las necesidades y características de cada población en el área de la promoción del desarrollo motor sano y la actividad física	--desarrollar actividades según las necesidades y características de cada población en el área de la promoción del desarrollo motor sano y la actividad física
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en actividad fisica. 4. orientar y canalizar a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	--actividades con escolares promoviendo hábitos de vida saludable, mediante la realización de dinámicas grupales que promuevan la actividad física y prevengan el sedentarismo	--se realiza el respectivo diligenciamiento de los documentos de sesiones colectivas
4	4. orientar y canalizar a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	--desarrollar actividades según las necesidades y características de cada población, buscando identificar cambios y/o problemas de la prestación de servicios de salud.	--Diligenciamiento del formato de canalización
5	5. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento de la secretaria distrital y/o institucional.	-diligenciamiento de los documentos solicitados de recolección de información	-se realiza el respectivo diligenciamiento de los documentos de sesiones colectivas
6	6. garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	--se realiza la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en los diferentes soportes solicitados por la secretaria de salud	--se realiza el respectivo diligenciamiento y entrega de soportes
7	7. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	--se diligenciamiento de las actividades según las solicitudes institucionales	--se realiza entrega oportuna las actividades según las solicitudes institucionales
8	8. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	--presentar los informes acordes a la oportunidad y veracidad.	-presentar los informes acordes a la oportunidad y veracidad.
9	9. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	---organizar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	--realizar entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	--se mantiene contacto constante con coordinadores de las diferentes instituciones como con la profesional de apoyo a cargo con el fin de realizar reporte oportuno de novedades	--se mantiene contacto constante con coordinadores de las diferentes instituciones como con la profesional de apoyo a cargo con el fin de realizar reporte oportuno de novedades
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-se realiza la escala abreviada del desarrollo según instructivo del mismo	--se realiza el diligenciamiento de la escala abreviada del desarrollo según el instructivo de la misma

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 4215426
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	81272122	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**29**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEISPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1686170	$ 269787	**$ 269800**
Salud		SÁNITAS		$ 210771	**$ 210800**
ARL	3	SURA		$ 41075	**$ 41100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 489360**	**$ 521700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488400851736

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	2024-10-18 12:28:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	2024-10-18 14:52:36
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	2024-10-18 14:57:38
RECHAZADO SUPERVISOR	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	2024-10-18 18:54:15
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	2024-11-22 15:34:23
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	2024-11-22 15:38:36
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-22 15:57:59
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	2024-11-22 15:58:45
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-22 16:02:36
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	2024-11-23 11:37:02
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	2024-11-23 11:42:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	2024-11-25 10:50:21
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-25 11:25:11

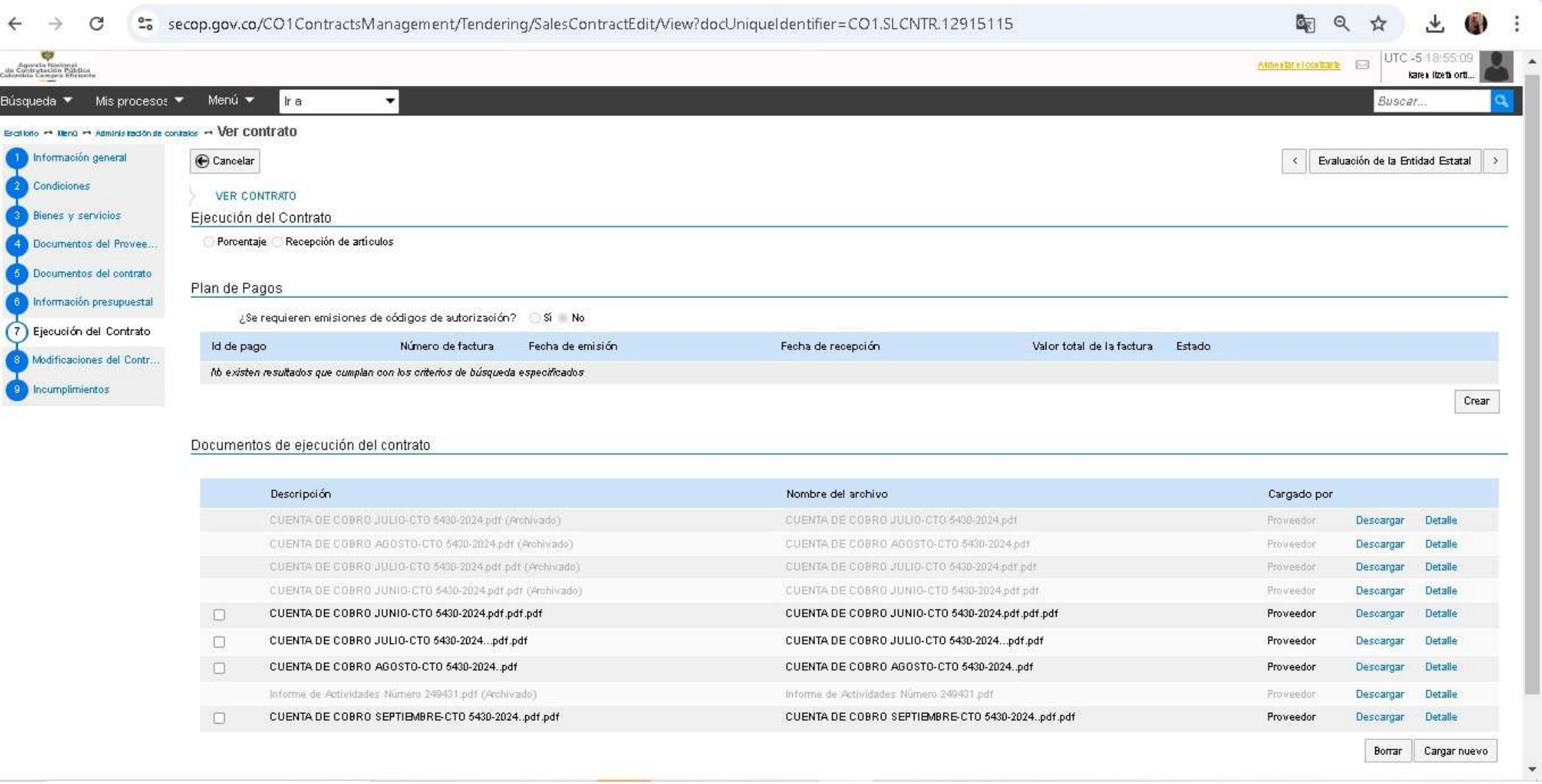
© Siasur - 2024

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-26 16:35:31

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12915115
Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente
Atiende tu contrato
UTC -5 18:55:09
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ↦ Menú ↦ Administración de contratos ↦ Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Provee...
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr...
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA DE COBRO JULIO-CTO 5430-2024.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO JULIO-CTO 5430-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO AGOSTO-CTO 5430-2024.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO AGOSTO-CTO 5430-2024.pdf
CUENTA DE COBRO JULIO-CTO 5430-2024.pdf.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO JULIO-CTO 5430-2024.pdf.pdf
CUENTA DE COBRO JUNIO-CTO 5430-2024.pdf.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO JUNIO-CTO 5430-2024.pdf.pdf
CUENTA DE COBRO JUNIO-CTO 5430-2024.pdf.pdf.pdf
CUENTA DE COBRO JULIO-CTO 5430-2024...pdf.pdf
CUENTA DE COBRO AGOSTO-CTO 5430-2024..pdf
Informe de Actividades Número 249431.pdf (Archivado)
Informe de Actividades Número 249431.pdf
CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE-CTO 5430-2024..pdf.pdf
Borrar
Cargar nuevo

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	1024587775	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ		Calle 69c sur No 73b 59	7174178	kren.ortiz4@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	
2024-09	2024-09	I	29/10/2024	81272122	$521.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	210.800	0		0		0	0	0	0	210.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	269.800	0	0	0	0	0	0		269.800	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	41.100				41.100	0	0	41.100			411	41.100	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	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	210.800	210.800
Pensión	1	269.800	269.800
Riesgos Laborales	1	41.100	41.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	521.700	521.700

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	1024587775	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	Calle 69c sur No 73b 59	7174178	kren.ortiz4@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
2024-09	2024-09	I	29/10/2024	81272122	$521.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Horas	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Clase Aportante	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otras parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024587775	ORTIZ LOPEZ KAREN LIZETH	59	0			N																	230301	1.685.170	259.800	0	0	0	0	EPS008	1.685.170	210.800	14-11	1.685.170	3	41.100		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1024587775	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ	Calle 69c sur No 73b 59	7174178	kren.ortiz4@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	10/10/2024	80905291	$521.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	210.800	0		0		0	0	0	0	210.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	269.800	0	0	0	0	0	0		269.800	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	41.100				41.100	0	0	41.100			411	41.100	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	210.800	210.800
Pensión	1	269.800	269.800
Riesgos Laborales	1	41.100	41.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	521.700	521.700

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	1024587775	KAREN LIZETH ORTIZ LOPEZ		Calle 69c sur No 73b 59	7174178	kren.ortiz4@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	10/10/2024	80905291	$521.700	

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	1024587775	ORTIZ LOPEZ KAREN LIZETH	59	0			N								X								230301	1.686.170	269.800	0	0	0	0	EPS005	1.686.170	210.800	14-11	1.686.170	3	41.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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