	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 1010-2020

N° de Radicado de solicitud de contratación:20-29711--0

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:ISAURA PILAR RIVERO GARCIA	**Número de indentificación: (**CC**):** 1067838188

Objeto del contrato: Prestar sus servicios Profesionales para Apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, en asuntos jurídicos en Casas del Consumidor de Bienes y Servicios.

Forma de pago:

UN (1) UN (1) PRIMER PAGO VENCIDO, el cual se liquidara aplicando la siguiente formula: valor mensual dividido en 30 y multiplicado por los días efectivamente prestados, correspondiente al mes Febrero de 2020, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, soporte del cargue de la póliza aprobada en el SECOP II y demás trámites administrativos a que haya lugar.
CINCO (5) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4.000.000), contados a partir del Marzo de 2020, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar
UN (1) ÚLTIMO PAGO, por la suma de UN MILLÓN SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($1.7333.333), incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, el cual deberá ser tramitado a la finalización del contrato, previa presentación del informe de actividades del contratista, informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, presentación del formato GA01-F10 formato acta de recibo final y/o informe final de ejecución y demás trámites administrativos a que haya lugar.

Fecha de suscripción: 2020-02-13	**Fecha de inicio:** 2020-02-13	**Fecha de terminación:** 2020-08-13

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 13 de Agosto de 2020, contado a partir de la aprobación del documento físico de la garantía única de cumplimiento, previo registró presupuestal e inicio de la cobertura de la afiliación a la ARL.

Periodo de pago: Marzo	**N° de pago:** Segundo

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Prórroga	**Término de la prórroga**	**Fecha final:**
Adición:	**Valor adición:**	**Valor Total:**
Reducción:	**Valor reducción:**	**Valor Total:**
Cesión:	**Cedente:**	**Cesionario:**
Suspensión:	**Término de suspensión:**	**Fecha reinicio:**

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor del contrato:	24,000,000
Pagos Realizados:	2,266,667

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 1010-2020

Saldo del Contrato:	21,733,333
Valor de este Pago:	4,000,000
Nuevo Saldo del contrato:	17,733,333

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Marzo	**41395191**
Certificado del revisor fiscal, contador o representante legal según corresponda, deencontrarse al día en el pago de la Seguridad Social Integral, Riesgos Laborales y Parafiscales para personas Jurídicas		

SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA/ CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

¿Tiene pendiente por legalizar gastos de desplazamiento realizados a la fecha de corte del	**SI**	**NO**
		X

AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

Código CCP	Nombre del CCP	Número de Registro Presupuestal	Valor afectación
3503-0200-9-0000/3503008/02-02-02-008-002-01	RNPC/Servicios de apoyo para la consolidación de la red nacional de protección al consumidor/SERVICIOS JURÍDICOS	140520	4000000.0

En el caso de la terminación del contrato (finalización de plazo, terminación anticipada o cesión), el supervisor deberá verificar la ENTREGA DE ELEMENTOS Y BIENES FÍSICOS, ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN ASIGNADOS AL CONTRATISTA y adjuntar el formato de Entrega de Elementos, Bienes y archivos contratistas (personas naturales) debidamente diligenciado, al Formato de Acta de Recibo Final y/o informe Final de Ejecución

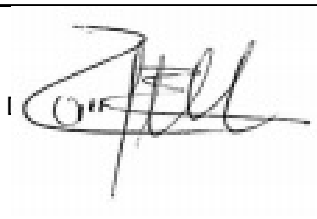
Observaciones:

En mi calidad de Supervisor o Interventor certifico que las actividades descritas por el contratista en informe anexo (cuando aplique), suscrito por este (Para personas jurídicas el representante Legal o persona debidamente facultada por la persona jurídica para presentar el informe), se ejecutaron conforme a lo establecido en las obligaciones del contrato y se verificó el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con los aportes al Sistema General de Seguridad Social conforme a la normatividad vigente . Por lo anterior

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los: 13 días del mes de Abril de 2020

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 1010-2020



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2020.04.13 19:53:19 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Apoyar la gestión jurídica de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios, en la revisión y estudio de las peticiones recibidas en materia de protección al consumidor, en la ciudad de Bogotá D.C.	13	20.0	Apoyé la gestión jurídica en grupo base de casas del consumidor de bienes y servicios en la ciudad de Bogotá, respectivamente en la revisión y estudio de todas las peticiones que se requirieron.
2. Participar en las actividades de divulgación y difusión de los servicios prestados por la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios y la protección al consumidor.	0	20.0	Participé en todas las actividades de organización para la divulgación y difusión de los servicios servicios prestados en todas las casas del consumidor de bienes y servicios de Bogotá D.C., con el fin de proteger los derechos a los consumidores en todas las localidades donde hace presencia la RNPC.
3. Apoyar los procesos de formación a los miembros que conforman la Red Nacional de Protección al Consumidor, comerciantes y comunidad en general, acerca de los derechos, deberes y demás normatividad vigente sobre protección al consumidor.	13	20.0	Apoyé en los procesos de formación a los miembros que conforman la Red Nacional de Protección a los Consumidor, acerca de los derechos, deberes de conformidad con lo estipulado en la Ley 1480 de 2011 y demás normas vigentes sobre protección a los derechos de los consumidores.
4. Atender oportunamente de acuerdo con los servicios y dentro de las condiciones de operación de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios a los ciudadanos en defensa de sus derechos como consumidores.	13	20.0	Atendí y realicé seguimiento oportunamente de acuerdo con los servicios y dentro de las condiciones de operación de las casas del consumidor de bienes y servicios de Bogotá D.C., a los diferentes requerimiento que se realizaron por parte de los ciudadanos.
5. Realizar la caracterización de los ciudadanos atendidos, el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y demandas recibidas, atendidas y trasladadas, y la elaboración y actualización de las bases de datos de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios.	13	20.0	Realicé seguimiento a las caracterizaciones que se adelantaron a los ciudadanos en todas las casas de bienes y servicios de Bogotá D.C., así mismo hicé seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y demandas recibidas, atendidas y trasladadas. De igual manera a las bases de datos.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
6. Asistir y participar activamente en las sesiones y actividades de formación, entrenamiento, actualización y transferencia de conocimientos del Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, de acuerdo con la programación establecida para tal fin.	13	20.0	Asistí y participé activamente en todas las sesiones y actividades de formación, entrenamiento, actualización de las bases de datos de las casas del consumidor de bienes y servicios de Bogota D.C.

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	ISAURA PILAR RIVERO GARCIA							
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E		NP	NIP	Número Ident.	1.067.838.188
Teléfono fijo		Celular 1	3148673044				Celular 2	3148673044
Teléfono trabajo	5870000					Ext.	11055	
Dirrección	CRA. 7 No.					Ciudad		BOGOTÁ D.C
Correo electrónico 1	isaura.riverog@hotmail.com					Correo electrónico 2		isaura.riverog@hotmail.com
Regimen Impuento a las Ventas	Simplificado	X	Comun		PENSIONADO	SI___ NO X		

1. Declaro bajo la gravedad de juramento

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el artículo 126-1 del E.T. y el artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, en concordancia con el articulo 18 de la Ley 1122 de 2007, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato № 1010 de 2020, suscrito con La Superintencia de Industria y comercio, objeto del pago sujeto a retención; para dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega del detalle de la planilla generada desde el operador donde se evidencia su estado como pagada.

Nombre EPS, AFP y ARL	Planilla No.	Periodo		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin interes de mora
		Mes	Año	
EPS -SANITAS EPS	41395191	MARZO	2020	$200.000
ARL - POSITIVA SEGUROS	41395191	MARZO	2020	$256.000
AFP - COLPENSIONES	41395191	MARZO	2020	$8.400

2. Para efectos de la aplicación del articulo 383 E.T.	SI	NO
a) Sus ingresos corresponden a honorarios y/o compensacion de servicios personales y para la generacion de dicho ingreso **NO** ha vinculado (2) dos o mas trabajadores asociados al desarrollo de la actividad.	X	

Nota : En caso de no clasificarse para efectos de retencion del art 383 ET, le será aplicables las tarifas establecidas en el art 392 E.T. recopilado en el DR 1625 de 2016 en el articulo 1.2.4.3.1

3. Solicitud deducciones (Art. 387 del E.T. y Art. 2° del Decreto 099 de 2013 y Decreto 1070 de 2013)

	SI	NO
c) Que de acuerdo a lo establecido en el Art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.		X
d) Que de acuerdo a lo establecido en el Art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1, respaldado con la Certificación de la entidad que financia el crédito.		X
e) Que de acuerdo a lo establecido en el Art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por los aportes a la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1, respaldado con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.		X

Nota: Diligencie el "Anexo 1 Declaración Juramentada" solo si su respuesta fué "Si" en alguno de los literales del ítem 3

4. Solicitud deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios y Cuentas AFC

Acogiéndome al beneficio de los Art. 126-1 y 126-4 del E.T., solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	Nombre entidad	№ de cuenta	Valor

Se firma a los 1 días del mes de ABRIL del año 2020

Firma

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	1067838188	ISAURA PILAR RIVERO GARCIA		CARRERA 68C No. 22B - 71	3649090	ISAURA.RIVEROG@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	
2020-02	2020-02	I	19/03/2020	41394963	$278.700	

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	120.000	0		0		0	0	0	0	120.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	153.600	0	0	0	0	0	0		153.600	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	5.100				5.100	0	0	5.100			51	5.100	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	120.000	120.000
Pensión	1	153.600	153.600
Riesgos Laborales	1	5.100	5.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	278.700	278.700

PAGADA
41394963

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
CC	1067838188	ISAURA PILAR RIVERO GARCIA		CARRERA 68C No. 22B - 71	3649090	ISAURA.RIVEROG@HOTMAIL.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	I	19/03/2020	41394963	$278.700	

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	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	1067838188	RIVERO GARCIA ISAURA PILAR	59	0			N																	25-14	960.000	153.600	0	0	0	0	EPS005	960.000	120.000	14-23	960.000	1	5.100		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	1067838188	ISAURA PILAR RIVERO GARCIA		CARRERA 68C No. 22B - 71	3649090	ISAURA.RIVEROG@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	
2020-03	2020-03	I	19/03/2020	41395191	$464.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.400	464.400

PAGADA
41395191

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
CC	1067838188	ISAURA PILAR RIVERO GARCIA		CARRERA 68C No. 22B - 71	3649090	ISAURA.RIVEROG@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2020-03	2020-03	I	19/03/2020	41395191	$464.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	1067838188	RIVERO GARCIA ISAURA PILAR	59	0			N																	25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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