120

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					
ANGIE VIVIANA MARIN ESQUIVEL					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.010.209.413**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2014 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 38.088.360**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO DIAS (28)**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 38.088.360**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 4.232.040**		
N° DE INFORME:	**3**	**N° CRP:**	**6581**	**N° CDP:**	**1**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**3 MESES;28 DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:	**N/A**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**N/A**
FECHA DE LA PÓLIZA	**N/A**	**FECHA DE APROBACIÓN:**	**N/A**

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	Realizar las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.
2	Brindar una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada
3	Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
4	Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
5	Informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion.
6	Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
7	Respetar los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion.
8	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
9	Emitir conceptos medicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
10	Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
11	Garantizar la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos.
12	Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos

13	Reportar al area de recursos fisicos – activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
14	Participar activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad
15	Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado.
16	Participar en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
17	Apoyar a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
18	Participar en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
19	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eps-s-eapb
20	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion.
21	Realizar consulta, valoracion, revaloracion y clasificacion triage del paciente en el servicio de urgencias. Y participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
22	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
23	desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud, si aplica.
24	Instruir a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad.
25	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
26	Facilitar las labores de supervision que la subred, realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a traves de terceros
27	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
28	Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor
29	Apoyar en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas
30	Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades.
31	Las demas asignadas por la supervision del contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
32	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
33	Enviar el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades
34	Gestionar la liberacion de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	84943767	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	12/03/2025	$ 178.800
PENSIÓN:	PORVENIR	12/03/2025	$ 228.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/03/2025	$ 34.900
OTRO	N/A	12/03/2025	$ 0
TOTAL PAGADO			$ 442.500

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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Angie Marin

ANGIE VIVIANA MARIN ESQUIVEL

C.C 1.010.209.413

CEL: 3108078085

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: 31/03/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGIE VIVIANA MARIN ESQUIVEL**	**C.C**	**1.010.209.413**
		RUT(NIT):	**14808715182**
CORREO ELECTRÓNICO:	a.v.m1993@hotmail.com	**TELÉFONO:**	**3108078085**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 70 C # 110 31**	**CIUDAD:**	**BOGOTÁ D.C.**

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2025.	
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.

Régimen 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 0**	**NO X**

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550458200167567**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 2014 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6581**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **3 MESES;28 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 38.088.360**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUARENTA PESOS**					
	$ 4.232.040					

Angie Marin

ANGIE VIVIANA MARIN ESQUIVEL
C.C 1.010.209.413
CEL: 3108078085

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 VIVIANA MARIN ESQUIVEL			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.010.209.413			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2014 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 38.088.360					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.088.360		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.232.040		
N° PAGO / N° DE INFORME:	3	N° CRP INICIAL:	6581	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	3 MESES;28 DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84943767		OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES								
N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 0	PRORROGA 0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		

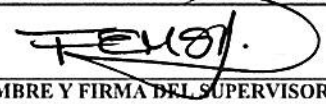
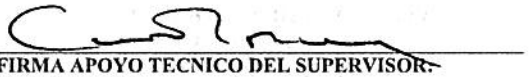
III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 presentó 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 artículo 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 **(01/03/2025 AL 31/03/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO:** **DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05**
	 **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **CARLOS ALBERTO MARIN** **PERFIL:** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO**

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	1010209413	ANGIE VIVIANA MARIN ESQUIVEL		cll 70 c n 110 31	1234567	a.v.m1993@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	
2025-02	2025-02	I	12/03/2025	84943767	$442.500	

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	178.000	0		0		0	7	800	0	178.800	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	227.800	0	0	0	0	7	1.000	0	228.800	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	34.700				34.700	7	200	34.900			347	34.900	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	178.000	178.800
Pensión	1	227.800	228.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	442.500

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	1010209413	ANGIE VIVIANA MARIN ESQUIVEL		cll 70 c n 110 31	1234567	a.v.m1993@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02	I	12/03/2025	84943767	$442.500

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 en el exterior	Exonerado	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
1	CC	1010209413	MARIN ESQUIVEL ANGIE VIVIANA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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