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 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAULA CATALINA CORRALES SAENZ | | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 1,007,463,364 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1190 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 02/01/2025 | | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 17,360,640 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | CUATRO (4)MESES | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 17,360,640 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 3,866,688 | | |
| Nº DE INFORME: | No,03 | Nº CRP: | 5918 | Nº CDP: | 1 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | CUATRO (4)MESES | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 6LB CENTRO DE SALUD LIBERTADORES | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | 0 | PRORROGAS | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO |

**III. POLIZAS**

| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | N/A | NO | X |
|---|---|---|---|---|
| Nº DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | N/A | |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | FECHA DE APROBACIÓN: | DD/MM/AAAA | |

**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)**

| | |
|---|---|
| 1 | Realizar la prestación del servicio sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión de enfermería, acogiéndose a las guías y protocolos definidos por la subred. |
| 2 | Realizar Consulta de Valoracion en atencion Integral en Salud y Nutricion menores de 17 años ( Valoracion fisica, clasificación nutricional, evaluacion del desarrollo psicomotor, seguimiento de vacunacion,suplementacion nutricional, desparasitacion,) y demanda inducida basada en la atencion de la resolucion 3280 según la nesecidad. |
| 3 | Realizar Consulta, asesoria de Planificacion Flamiliar y/o Consejeria de Pretes y Postes, garantizando el uso adecuado de los insumos (Pruebas rápidas- VIH, hepatitis B, sifilis, pruebas de embarazo requeridos en el servicio. |
| 4 | Realizar de toma de Citologias, VPH y demanda inducida en poblacion de menores de 25 años según criterio medico y mayores de 25 años a 65 años. |
| 5 | Garantizar el reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la norma vigente. |
| 6 | Realizar Control Prenatal y Preconcepcional, consejeria en Lactancia a maternas y madres en periodo de lactancia |
| 7 | Realizar Talleres del curso de preparacion para la maternidad y paternidad responsable. |
| 6 | Elaborar historia clinica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las politicas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente |
| 7 | Diligenciar el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuada y oportunamente en el marco de cada consulta en el aplicativo DINAMICA |
| 8 | Brindar Educacion en salud integral en derechos sexuales y reproductivos, Estrategia IAMII, Guias alimentarias,habitos del sueño, actividades fisica |
| 9 | Garantizar el reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la norma vigente. |
| 10 | Realizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la subred. |
| 11 | Cumplir con las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. |
| 12 | Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad |
| 13 | Realizar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento. (diligenciamiento de Base de seguimiento de POCT, ruta de citologias, diligencimiento de kardex y toma de temperatura y humedad diaria. |
| 14 | Participar en los espacios de induccion, reinduccion, fortalecimiento de habilidades y capacidades en las distintas temáticas en relacion a la atencion de pacientes. |
| 13 | HORAS LABORADAS MES : 196 |

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

| No. DE PLANILLA: | 84850118 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 10/03/2025 | $ 183,500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 10/03/2025 | $ 234,900 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 10/03/2025 | $ 35,800 |
| OTRO | N/A | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 454,200 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

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

PAULA CATALINA CORRALES SAENZ
CC: 1007463364
CEL: 3143079916

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>FECHA: 2024-09-16 |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | PAULA CATALINA CORRALES SAENZ | **CC:** | 1007463364 |
| | | **RUT (NIT):** | 1007463364-9 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | jefepaulaCS@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3143079916 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CARRERA 111C # 72 – 38 | **CIUDAD:** | Bogotá D.C |

**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 ( ) | NO (X ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | BANCO DAVIVIENDA | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | 0550008400859859 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 1190 2025 | **Nº CDP:** | 1 | **Nº.CRP:** | 5918 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4)MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 02/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 30/04/2025 | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 17360640** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 01/03/2025 al 31/03/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 3,866,688<br>TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE | | | | | |

PAULA CATALINA CORRALES SAENZ
CC 1007463364
Cel: 3143079916

| | | |
|---|---|---|
| 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 | PAULA CATALINA CORRALES SAENZ |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1,007,463,364 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1190 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 02/01/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 17,360,640 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 17,360,640 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 3,866,688 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | No, 03 | Nº CRP INICIAL: | 5918 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 1 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CUATRO (4)MESES | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 84850118 | | OPERADOR: | | MI PLANILLA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | AMBULATORIOS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 6LB CENTRO DE SALUD LIBERTADORES | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIÓN: | Nº ( 0 ) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION ( 0 ) | PRORROGA ( 0 ) |
| VALOR ADICIONADO | | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | N/A | NO | XX |
| Nº DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | | N/A |

**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.*

| | 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:<br>NOHORA ROSALIA CANON VERGARA<br>CARGO: LIDER BELLO HORIZONTE - LIBERTADORES |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>EDISON SANCHEZ QUINTERO<br>PERFIL:<br>ENLACE DIRECCION DE AMBULATORIOS |

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 | 1007483364 | PAULA CATALINA CORRALES SAENZ | Cra 111 C #72-38 | 9301991 | KATASAENZ31@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 10/03/2025 | 84850118 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $454.200 | |

## 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 | 183.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 183.500 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 234.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 234.900 | 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 | 35.800 | | | | 35.800 | 0 | 0 | 35.800 | | | 358 | 35.800 | 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 | 183.500 | 183.500 |
| Pensión | 1 | 234.900 | 234.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 35.800 | 35.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 454.200 | 454.200 |

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 | 1007463364 | PAULA CATALINA CORRALES SAENZ | | Cra 111 C #72-38 | 9301991 | KATASAENZ31@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 10/03/2025 | 84850118 | $454.200 | |

## LE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colmena | Sueldo | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado | IRD | IGE | 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 |
| 1007463364 | CORRALES SAENZ PAULA CATALINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.467.764 | 234.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.467.764 | 183.500 | 14-11 | 1.467.764 | 3 | 35.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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