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						
MARIA CAMILA ZAPATA CARDOZO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,032,493,522			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2113 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/1/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**25,392,240**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	3 (TRES) MESES Y 28 (VEINTIOCHO) DÍAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**25,392,240**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$**	**3,385,632**
N° DE INFORME:	4 DE 4		**N° CRP:**	6668	**N° CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	5 (CINCO) MESES Y 28 (VEINTIOCHO) DÍAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			DR. CARLOS ALBERTO MARÍN PEREZ MÉDICO ESPECIALISTA CÓDGICO 213 GRADO 32			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL	1	**TIPO DE**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**1**	
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
HORAS A LIQUIDAR:	96 HORAS — **UNIDAD DE DESAROLLO DE ACTIVIDADES:** ESE HOSPITAL LA VICTORIA
1	1. Realice las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.
2	2. Brinde una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada.
3	3. Preste 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	4. Realice las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.
5	5. Informe al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conococza el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion.
6	6. Lleve registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantenga actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
7	7. Respete los derechos del paciente, cumpla el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion.
8	8. Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e imparta instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
9	9. Emita conceptos medicos que se le requieran, realice resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
10	10. Diligencie 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	11. Garantice la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos.
12	12. Garantice 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 responda por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos.
13	13. Reporte al area de recursos fisicos – activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destinen a las actividades asistenciales.
14	14. Participe 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	15. Participe en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado.
16	16. Participe en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
17	17. Apoye a la entidad en las actividades que demande segin requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
18	18. Participe 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	19. Preste 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	20. Notifique los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion.

21	21. Realice consulta, valoracion, revaloracion y clasificacion triage del paciente en el servicio de urgencias. Y participe en los análisis a los que sea convocado e implemente las acciones de mejora definidas para el servicio.
22	22. Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
23	23. Desarrolle 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	24. Instruya a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad.
25	25. Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
26	26. Facilite 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	27. Cumpla oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
28	28. Acredite 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	29. Apoye en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.
30	30. Cumpla con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informe con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades.
31	31. Las demas asignadas por la supervision del contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
32	32. Asistir y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
33	33. Envie el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades.
34	34. Gestione 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:	**85704704**	**OPERADOR:**	**MIPLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	09/04/2025	$ 178,000
PENSIÓN:	SKANDIA	09/04/2025	$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	09/04/2025	$ 34,700
OTRO	COLSUBSIDIO	09/04/2025	$ 28,500
TOTAL PAGADO			$ 469,000

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

Maria Camila Zapata Cardozo

MARIA CAMILA ZAPATA CARDOZO
CC: 1032493522
CEL: 3159284156

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: (31/05/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA ZAPATA CARDOZO	**CC:**	1032493522
		RUT (NIT):	1032493522
CORREO ELECTRÓNICO:	maczapataca@unal.edu.co	**TELÉFONO:**	3159284156
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 44 C # 45 - 28 INT 1 APTO 403	**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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**488415381430**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2113 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	**6668**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 5 MESES Y 28 DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/1/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 25.392.240**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3,385,632**
	TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS					

Maria Camila Zapata Cardozo

MARIA CAMILA ZAPATA CARDOZO
C.C 1032493522
cel: 3159284156

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	MARIA CAMILA ZAPATA CARDOZO				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,032,493,522				
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 SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E. S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2113 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**02/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 25,392,240.00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25,392,240.00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3,385,632.00**
N° PAGO / N° DE INFORME:	(5 de 5)	**N° CRP INICIAL:** 6668	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	5 (CINCO) MESES Y 28 (VEINTIOCHO) DÍAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85704704		**OPERADOR:**	MIPLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN TÉCNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DR. CARLOS ALBERTO MARÍN PEREZ MÉDICO ESPECIALISTA CÓDGICO 213 GRADO 32				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (0)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(2 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)

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**			

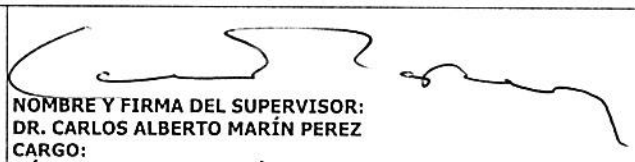
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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	

HORAS A LIQUIDAR:	96 HORAS	**UNIDAD DE DESAROLLO DE ACTIVIDADES:**	ESE HOSPITAL LA VICTORIA

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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **DR. CARLOS ALBERTO MARÍN PEREZ** **CARGO:** **MÉDICO ESPECIALISTA CÓDGICO 213 GRADO 32**

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	1032493522	MARIA CAMILA ZAPATA CARDOZO		Cll 44C #45-28 Int 1 Apto 403	2188062	maczapataca@unal.edu.co	
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	
2025-04	2025-04	I	09/04/2025	85704704	$469.000	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	0	0	28.500	1

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

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	1032493522	MARIA CAMILA ZAPATA CARDOZO		Cll 44C #45-28 Int 1 Apto 403	2188062	maczapataca@unal.edu.co
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	
2025-04	2025-04	I	09/04/2025	85704704	$469.000	

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMFECCIÓN	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	1032493522	ZAPATA CARDOZO MARIA CAMILA	59	0			N																230901	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF22	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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