 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>PROCESO GESTION FINANCIERA</b>	<b>CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>	Versión: 12
	FOR-A09.2026-002	2025-01-31

TIPO DE CERTIFICACION:  CESION:  FEI:  SGR:

1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO			
No. NIT o CÉDULA:	<input type="text" value="1.033.767.750"/>	CONTRATISTA:	<input type="text" value="Paula andrea moreno arboleda"/>
CELULAR	<input type="text" value="3105500244"/>	FECHA INICIO:	<input type="text" value="17/07/2025"/>
CONTRATO No.:	<input type="text" value="INS-CPS-541-2025"/>	FECHA FINAL:	<input type="text" value="30/11/2025"/>
REGISTRO PRESUPUESTAL:	<input type="text" value="114725"/>	VALOR HONORARIOS:	<input type="text" value="\$ 6.180.000"/>
		PAGO NUMERO:	<input type="text" value="2"/> DE <input type="text" value="5"/>

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
TIPO CONTRATO:	DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS
<input type="text" value="PROFESIONAL"/>	<input type="text" value="SI"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="NO"/>
			RESPONSABLE DE IVA
			<input type="text" value="NO"/>
INGRESOS HONORARIOS:	\$	<input type="text" value="6.180.000"/>	
IVA 19%:			
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:			
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	\$	<input type="text" value="6.180.000"/>	
		FACTURA:	<input type="text"/>
		FECHA:	<input type="text"/>

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL			
TOTAL (IBC):	\$	<input type="text" value="2.472.000"/>	ENTIDAD PROMOTORA
PENSION 16% (valor aporte):	\$	<input type="text" value="395.600"/>	<input type="text" value="Protección"/>
SALUD 12,5% (valor aporte):	\$	<input type="text" value="309.000"/>	<input type="text" value="E.P.S Sanitas"/>
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	\$	<input type="text" value="60.300"/>	<input type="text" value="ARL Sura"/>
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	\$	<input type="text" value="764.900"/>	
			PAGO PLANILLA
			ANTICIPADO
			PLANILLA DE PAGO No. <input type="text" value="88844085"/>
			PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)
			FECHA <input type="text" value="8/08/2025"/>

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR	
Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)	<input type="text" value="NO"/>

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limite max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limite max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limite max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	NO		-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones ) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			-
<b>DERECHOS DE DEDUCCIÓN</b>	<b>VALOR</b>	<b>\$</b>	<b>-</b>

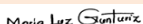
CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	\$ 5.475.400	0,766%	\$ 41.942
RETEFUENTE	\$ 4.061.325	81,55	\$ -
RETEIVA			0
<b>TOTAL IMPUESTO</b>		\$	<b>41.941,56</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>		\$	<b>6.138.058,44</b>

RETEFUENTE VOLUNTARIA


5. FIRMAS	
Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL	

  
 FIRMA CONTRATISTA

El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.

 Nombre supervisor <input type="text" value="maria luz gunturiz albarracin"/> Cargo <input type="text" value="profesional especializado"/> Dependencia <input type="text" value="Dirección de investigación"/>	Nombre supervisor <input type="text"/> Cargo <input type="text"/> Dependencia <input type="text"/>
--	--

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION	
Radicado No: <input type="text"/>	Obligación No: <input type="text"/>
Fecha radicado No: <input type="text"/>	Fecha Radicación (SIIF): <input type="text"/>

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO GESTION FINANCIERA</b>	<b>CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>	<b>Versión: 12</b>
		<b>FOR-A09.2026-002</b>	<b>2025-01-31</b>



<b>NUMERO DE CONTRATO</b>	INS-CPS-541-2025	<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	Prestar servicios profesionales apoyando actividades del Grupo de Genómica y Microorganismos Emergentes en cumplimiento de las tareas de plan de acción.				
<b>PERIODO DEL INFORME</b>	<b>DESDE:</b>	01 agosto 2025	<b>HASTA:</b>	31 Agosto 2025	
DESCRIPCIÓN DEL AVANCE					
Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor		
Apoyo en el procesamiento de muestras requeridas para el desarrollo de nuevos proyectos y actividades de investigación del grupo.	Actividad pendiente por iniciar	Actividad pendiente por iniciar	Actividad pendiente por iniciar		
Análisis, interpretación y organización de información obtenida a partir de nuevos proyectos y actividades de investigación del grupo	Actividad pendiente por iniciar	Actividad pendiente por iniciar	Actividad pendiente por iniciar		
Apoyar la organización de colecciones de muestras e información asociada obtenida a partir de nuevos proyectos y actividades de investigación del grupo.	Organización de la información asociada al proyecto FIS Guajira.	Planilla organizada y cargada en el software NorayBanks.	Ejecución		
Apoyar para la creación de las bases de datos de las colecciones biológicas en el software Noraybanks, dispuesto para ello	Organización de la base de datos del proyecto FIS Guajira.	Bases de datos para cargar en NorayBanks.	Ejecución		
Apoyar la organización de por lo menos 2 colecciones de muestras que reposan en los equipos de frio del grupo.	Organización de la colección de muestras derivadas del proyecto desarrollado en La Guajira.	Registro fotográfico y base de datos de hisopados humanos, suelos ambientales y sueros humanos.	Ejecución		
Participar en capacitaciones sobre genómica y técnicas de secuenciación y biología molecular que sean necesarias para el desarrollo de nuevos	Apoyo en las actividades asignadas del curso de vacunas.	Encuestas pre y post curso diligenciadas. Apoyo logístico en TIC y comunicaciones (documentos cargados en el Drive)	Ejecución		




proyectos y actividades de investigación del grupo			
Participar en la escritura de documentos científico-técnicos derivados de la ejecución de nuevos proyectos y actividades de investigación del grupo.	Elaboración del instructivo para el Manejo de Muestras Biológicas del Biobanco del Grupo de Genómica de Microorganismos Emergentes.	Documento de Word	Ejecución
Participar en las reuniones que sean convocadas y se relacionen con el objeto contractual.	Participación en la reunión de socialización del Biobanco FiS Guajira.	Acta con el desarrollo de la Reunión.	Ejecución
Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y .que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo	Capacitación en el uso del software NorayBanks a los integrantes del proyecto Genoma Humano.  Asistencia a la charla "Contraseñas seguras".	Pantallazo de la reunión en Teams.  Pantallazo de asistencia a la charla.	Ejecución

**Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"**

paula moreno

Paula Andrea Moreno Arboleda

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión: 03</b>
			2023-11-17
		<b>FOR-A02.0000-037</b>	Página 1 de 4

<b>(1) Contrato No.</b>	INS-CPS-541-2025		
<b>(2) Nombre del Contratista:</b>	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		
<b>(3) Cargo del supervisor:</b>	Profesional Especializado Grupo de Genómica de Microorganismos Emergentes.		
<b>(4) Interventoría si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Nombre:</b>	NA		
<b>(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)</b>	mgunturiz@ins.gov.co		
<b>(6) Objeto del contrato:</b>	Prestar servicios profesionales apoyando actividades del Grupo de Genómica y Microorganismos Emergentes en cumplimiento de las tareas de plan de acción.		
<b>(7) Fecha de inicio:</b>	17-07-2025	<b>(8) Fecha terminación:</b>	30-11-2025
<b>(9) Período objeto del informe:</b>	Agosto 2025		

**(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO**

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
Apoyo en el procesamiento de muestras requeridas para el desarrollo de nuevos proyectos y actividades de investigación del grupo.	Actividad pendiente por iniciar	Actividad pendiente por iniciar	Actividad pendiente por iniciar
Análisis, interpretación y organización de información obtenida a partir de nuevos proyectos y actividades de investigación del grupo	Actividad pendiente por iniciar	Actividad pendiente por iniciar	Actividad pendiente por iniciar
Apoyar la organización de colecciones de muestras e información asociada obtenida a partir de nuevos proyectos y actividades de investigación del grupo.	Organización de la información asociada al proyecto FIS Guajira.	Planilla organizada y cargada en el software NorayBanks.	Ejecución
Apoyar para la creación de las bases de datos de las colecciones biológicas en el software Noraybanks, dispuesto para ello	Organización de la base de datos del proyecto FIS Guajira.	Bases de datos para cargar en NorayBanks.	Ejecución
Apoyar la organización de por lo menos 2 colecciones de muestras que reposan en los equipos de frio del grupo.	Organización de la colección de muestras derivadas del proyecto desarrollado en La Guajira.	Registro fotográfico y base de datos de hisopados humanos, suelos ambientales y sueros humanos.	Ejecución
Participar en capacitaciones sobre genómica y técnicas de secuenciación y biología molecular que sean	Apoyo en las actividades asignadas del curso de vacunas.	Encuestas pre y post curso diligenciadas. Apoyo logístico en TIC y comunicaciones	Ejecución

necesarias para el desarrollo de nuevos proyectos y actividades de investigación del grupo		(documentos cargados en el Drive)	
Participar en la escritura de documentos científico-técnicos derivados de la ejecución de nuevos proyectos y actividades de investigación del grupo.	Elaboración del instructivo para el Manejo de Muestras Biológicas del Biobanco del Grupo de Genómica de Microorganismos Emergentes.	Documento de Word	Ejecución
Participar en las reuniones que sean convocadas y se relacionen con el objeto contractual.	Participación en la reunión de socialización del Biobanco FIS Guajira.	Acta con el desarrollo de la Reunión.	Ejecución
Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y .que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo	Capacitación en el uso del software NorayBanks a los integrantes del proyecto Genoma Humano.  Asistencia a la charla "Contraseñas seguras".	Pantallazo de la reunión en Teams.  Pantallazo de asistencia a la charla.	Ejecución

Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos  
Matriz de riesgos de contratación

O	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Ejecución	Riesgo Operacionales	Riesgo por uso de información errada: se materializa cuando el contratista en cumplimiento de sus obligaciones debe recopilar información o usar la que se encuentra en su poder y esta no es la adecuada	El contratista ejecuta actividades propias del objeto contractual y de sus obligaciones con dicha información, la cual se vería reflejada en una inadecuada Ejecución del contrato.	Supervisor	Inicio de Ejecución	Fin de ejecución	Revisando la Información Suministrada	Antes de usar la Información	Al momento que se tiene los datos o información esta se verifica con el supervisor.
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Regulatorios	Defectos en los resultados del producto	No ejecución de los proyectos	Supervisor	Inicio de Ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	informe de supervisión mensual	Mensual	Se le envía un informe mensual al supervisor.
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacional	Cambios regulatorios en	Retraso en el cumplimiento de	Supervisor	Inmediato, una vez se presente	Una vez se realicen los ajustes requeridos para	Seguimiento a las nuevas actividades	Mensual	Se le envía un informe

				materia tributaria, administrativa o normativa, relacionados con el objeto contractual	las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato		el evento	hacer posible la ejecución del contrato	establecidas para el contrato		mensual al supervisor.
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Sociales o Políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato.	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Se realiza convenio de trabajo con el supervisor

<b>% DE AVANCE ACUMULADO</b>									<b>40%</b>		
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	--

**(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:**

1. El/La Contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.
2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).
3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 "Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo", especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.
4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.
5. **Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.**
6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

<b>(12) OBSERVACIONES:</b>	(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)
----------------------------	---


**(13) En constancia, firmo:**

Maria Luz Gunturiz

**María Luz Gunturiz Albarracín**

**NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)**

**(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., Agosto-2025**

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión: 03</b>
			2023-11-17
		<b>FOR-A02.0000-037</b>	Página 4 de 4

<b>2</b>	Indicar el nombre del contratista
<b>3</b>	Indicar el cargo del supervisor
<b>4</b>	Indicar si o no aplica interventoría, en caso de que aplique relacionar el nombre del interventor, de lo contrario relacionar N.A
<b>5</b>	Indicar correo del supervisor y del interventor, en caso de que aplique este último.
<b>6</b>	Indicar objeto del contrato.
<b>7</b>	Indicar fecha de inicio de ejecución del contrato según aplique, aprobación de póliza o suscripción acta de inicio.
<b>8</b>	Indicar fecha de terminación del contrato.
<b>9</b>	Indicar el período objeto de informe p. Ej.: del 8 de septiembre de 2010 a 8 de octubre de 2010 o el mes de marzo de 2015 (dependiendo de la naturaleza o tipo de contrato o convenio).
<b>10</b>	Incluir las obligaciones contractuales, actividades desarrolladas, informes, productos, etc. para el cumplimiento de las mismas, así como el concepto del supervisor correspondiente al mes o período ejecutado
<b>11</b>	Incluir la certificación de cumplimiento del supervisor y/o interventor de acuerdo al avance del contrato.
<b>12</b>	Indicar observaciones, si aplica.
<b>13</b>	Indicar nombre del supervisor (es) y/o interventor (es) y firmar.
<b>14</b>	Indicar ciudad y fecha en que se elabora el formato.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		carrera 69b - 65-76 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-08	2025-08	I	08/08/2025	88844085	\$814.400	

## 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	309.000	0		0		0	0	0	0	309.000	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	395.600	0	0	0	0	0	0	0	395.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	60.300				60.300	0	0	60.300			603	60.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	49.500	0	0	49.500	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	309.000	309.000
Pensión	1	395.600	395.600
Riesgos Laborales	1	60.300	60.300
CCF	1	49.500	49.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>814.400</b>	<b>814.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		carrera 69b - 65-76 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-08	2025-08	\$814.400				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1033767750	MORENO ARBOLEDA PAULA ANDREA	59	0			N																	230201	2.472.000	395.600	0	0	0	0	EPS005	2.472.000	309.000	14-11	2.472.000	3	60.300	CCF24	2.472.000	49.500	0	0	0	0	0

# PAGADA