

INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GCO-FT-020	Versión:	002
---------	------------	----------	-----

NOMBRE Y APELLIDOS:	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO	C.C	1032365678
---------------------	------------------------------	-----	------------

N° CONTRATO	531-2025	VIGENCIA	2025	FECHA DE INICIO	15/08/25	FECHA TERMINACIÓN	31/12/25
-------------	----------	----------	------	-----------------	----------	-------------------	----------

OBJETO:	OGC-632- Prestar los servicios profesionales para apoyar las actividades relacionadas con la implementación fase uno (I) - línea de pensamiento sobre la búsqueda, en el marco del modelo de gestión del conocimiento a través de la revisión y corrección de los contenidos del ambiente de aprendizaje y centro de pensamiento de la memoria institucional y el legado de la UBPD.
---------	--

NÚMERO DE PAGO:	2
-----------------	---

SUPERVISOR	CARGO
------------	-------

JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Experto Tecnico
--------------------------------	-----------------

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL PERIODO RESPECTIVO

RELACIÓN DE LAS OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES ESPECÍFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO	DETALLE DE LAS ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO, RESPECTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES	ADJ
1 Apoyar en la revisión y corrección de textos de los contenidos del ambiente de aprendizaje y centro de pensamiento.	Apoyé la corrección de estilo de la editorial y de la sección "Working Paper" de la Revista Fractales, garantizando la aplicación de normas ortotipográficas y gramaticales en coherencia con los lineamientos de la UBPD.	
2 Realizar entregas parciales de productos finales que hagan parte de los contenidos del ambiente de aprendizaje y centro de pensamiento de acuerdo con plan de trabajo aprobado por la supervisión.	Realicé la entrega parcial de los preliminares para la elaboración de las propuestas de maqueta de páginas internas.	
3 Apoyar en la revisión y corrección de los textos de productos finales como guías didácticas, syllabus y documentos metodológicos, asegurando la aplicación de normas ortotipográficas, gramaticales y coherencia con los lineamientos de la UBPD.	Apoyé la revisión y corrección de estilo final (adecuación y limpieza de archivos) de la sección "Formatos Libres" de la revista Fractales para su entrada a diseño y diagramación.	
4 Apoyar la producción de materiales para el centro de pensamiento y ambiente de aprendizaje, articulando el trabajo del equipo de producción para garantizar la correcta integración de los textos corregidos en los productos finales.	Apoyé la elaboración de la matriz/derrotero de la Revista Fractales con el fin de articular el trabajo con el equipo de diseño, para garantizar la correcta integración de los textos corregidos en los productos finales.	
5 Aportar ajustes de estilo para mejorar la calidad y coherencia de los contenidos escritos coherencia con los lineamientos de la UBPD.	Aporté ajustes de estilo a los textos preliminares, los formatos libres y los working paper de la Revista Fractales para mejorar la calidad de los contenidos escritos en coherencia con los lineamientos de la UBPD.	
6 Apoyar en la revisión y aprobación de la versión final de los textos antes de su publicación en Moodle o en formato editorial.	Apoyé en la revisión y aprobación de la versión final de los textos de la sección "Working paper" de la Revista Fractales, remitiendo a sus autores la respectiva corrección de estilo.	
7 Participar en las reuniones que sean convocadas por la supervisión para el trabajo conjunto del ambiente de aprendizaje y centro de pensamiento.	En el mes de septiembre asistí a todas las reuniones convocadas por el equipo de la Oficina de Gestión del Conocimiento.	
8 Cumplir con el plan de trabajo aprobado por la supervisión.	Cumplí con el plan de trabajo planteado por el equipo de la Revista Fractales para el mes de septiembre, específicamente con la fase de corrección de estilo.	
9 Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	Apoyé en las labores que me fueron asignadas por el equipo de la Revista Fractales de la Oficina de Gestión del Conocimiento durante el mes de septiembre.	

PRODUCTOS Y OTROS ANEXOS

Seguridad Social - Planilla	Planilla parafiscales septiembre
-----------------------------	----------------------------------

Observaciones o información adicional

INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GCO-FT-020	Versión:	002
---------	------------	----------	-----

Angelica Olaya

Firma del Contratista

Certificación del supervisor

Con la suscripción del presente informe, el supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifica el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el recibido a satisfacción de las actividades descritas.

Firma del Supervisor(es)

JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ

Juan Sebastian Maldonado Velez

USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Enviado a supervisor	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Aprobado supervisor	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Informe subido y APROBADO por supervisor en SECOP	Angelica Maria Olaya Murillo	Jueves, 2 de Octubre del 2025	
En reparto - Central de Cuentas	Angelica Maria Olaya Murillo	Jueves, 2 de Octubre del 2025	
Enviado a central de cuentas	MARIA CLEMENCIA PACHECO MARTINEZ	Viernes, 3 de Octubre del 2025	Reparto asignado a Manuel Antonio Montes Unda
Enviado a supervisor	Manuel Antonio Montes Unda	Lunes, 6 de Octubre del 2025	DEVUELTA- El valor total del contrato no corresponde con la información del SECOP II, revisar modificación contractual y solicitar mediante una mesa de ayuda a GESTIONEMOS dicha modificación. Así mismo en la plataforma SECOP II, por favor cargar el consolidado corregido en la misma línea de pago en la opción editar.
En digitación	Manuel Antonio Montes Unda	Lunes, 6 de Octubre del 2025	Para ajuste de cuenta - DEVUELTA- El valor total del contrato no corresponde con la información del SECOP II, revisar modificación contractual y solicitar mediante una mesa de ayuda a GESTIONEMOS dicha modificación. Así mismo en la plataforma SECOP II, por favor cargar el consolidado corregido en la misma línea de pago en la opción editar.
Enviado a supervisor	Angelica Maria Olaya Murillo	Lunes, 6 de Octubre del 2025	
Aprobado supervisor	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Lunes, 6 de Octubre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Lunes, 6 de Octubre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Lunes, 6 de Octubre del 2025	

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GFI-FT-006	Versión:	006
---------	------------	----------	-----

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
NOMBRES Y APELLIDOS	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO
Cédula de ciudadanía	1032365678
CIUDAD(ES) DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ, D.C.

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO								
CONTRATO No.		531-2025	VALOR TOTAL	\$ 36,245,633.00	CDP	68325	RP	194825
VIGENCIA	2025	FECHA DE INICIO	15/08/25	FECHA DE TERMINACIÓN		31/12/25		
TIPO DE CONTRATO		Prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión						

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO			
--------------------------------	--	--	--

TIPO DE MODIFICACION	Cedente / Cesionario	Fecha Cesión	VALOR

4. INFORMACIÓN PARA PAGO/DESEMBOLSO					
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	2	MES	2025-09-01 / 2025-09-30
RESPONSABLE DE IVA	NO RESPONSABLE DE IVA		DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL		30
NÚMERO DE FACTURA (RESPONSABLE DE IVA)					

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO **\$ 7,937,000**

BASE GRAVABLE **\$ 7,937,000**
IVA **\$**

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN **\$ 508,000**
APORTES OBLIG. EN SALUD **\$ 396,900**
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL **RIESGO UNO (1)**
APORTES ARL **\$ 16,600**
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL **\$**

DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL	
FONDO DE PENSIÓN	COLPENSIONES
EPS	COMPENSAR
ARL	POSITIVA
MÉTODO DE COTIZACIÓN	VENCIDO

5. DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	03066984680

NOTA: (*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
(**) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

6. CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1º Anexo: a) Factura original (si aplica), b) fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 3.2.7.6 (PLAZOS) del Decreto 1273 de 23 de julio de 2018, y, c) documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago. Manifiesto que en caso de presentar el cobro de manera extemporánea o si las facturas (si aplica) no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para por la Entidad, será responsable del pago de intereses de mora a que haya lugar por concepto de los aportes a seguridad social.

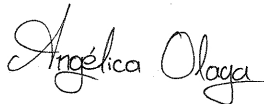
2º En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GFI-FT-006	Versión:	006
----------------	-------------------	-----------------	------------

3º El INFORME DE ACTIVIDADES correspondiente al periodo de pago según el objeto del contractual, se encuentra cargado en la plataforma SECOP II.

Nota: Los documentos anexos, serán objeto de verificación por la Subdirección administrativa y financiera, de no cumplir con los requisitos se realizará la respectiva devolución.



Firma del Contratista

7. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	CARGO - DEPENDENCIA	Experto Tecnico - OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO
---------------	---------------------------------------	--------------------------------	--

En mi (nuestra) calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico(amos) el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato GCO-FT-020, el cual será remitido debidamente firmado para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo(amos) el pago.

Nota: Certifico que se verificó con los Operadores de Información, que se encuentran autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el pago de los aportes realizados por concepto de: Salud, Pensión, Arl, Fondo de Solidaridad Pensional (si aplica), conforme a la planilla que adjunta el contratista, a este documento.

JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ



USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Enviado a supervisor	Angelica Maria Olaya Murillo	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Aprobado supervisor	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Miercoles, 1 de Octubre del 2025	
Informe subido y APROBADO por supervisor en SECOP	Angelica Maria Olaya Murillo	Jueves, 2 de Octubre del 2025	
En reparto - Central de Cuentas	Angelica Maria Olaya Murillo	Jueves, 2 de Octubre del 2025	
Enviado a central de cuentas	MARIA CLEMENCIA PACHECO MARTINEZ	Viernes, 3 de Octubre del 2025	Reparto asignado a Manuel Antonio Montes Unda
Enviado a supervisor	Manuel Antonio Montes Unda	Lunes, 6 de Octubre del 2025	DEVUELTA- El valor total del contrato no corresponde con la información del SECOP II, revisar modificación contractual y solicitar mediante una mesa de ayuda a GESTIONEMOS dicha modificación. Así mismo en la plataforma SECOP II, por favor cargar el consolidado corregido en la misma línea de pago en la opción editar. Para ajuste de cuenta - DEVUELTA- El valor total del contrato no corresponde con la información del SECOP II, revisar modificación contractual y solicitar mediante una mesa de ayuda a GESTIONEMOS dicha modificación. Así mismo en la plataforma SECOP II, por favor cargar el consolidado corregido en la misma línea de pago en la opción editar.
En digitación	Manuel Antonio Montes Unda	Lunes, 6 de Octubre del 2025	
Enviado a supervisor	Angelica Maria Olaya Murillo	Lunes, 6 de Octubre del 2025	
Aprobado supervisor	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Lunes, 6 de Octubre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Lunes, 6 de Octubre del 2025	
Pendiente subir a SECOP por contratista	JUAN SEBASTIAN MALDONADO VELEZ	Lunes, 6 de Octubre del 2025	



DECLARACIÓN JURAMENTADA

Código:	GFI-FT-007	Versión:	007
---------	------------	----------	-----

Información del Contratista

Identificado(a) con:	Cédula de ciudadanía	Número:	1032365678
Nombres y apellidos:	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO		
Celular No:	3012853676		
Dirección:	Diagonal 5F Nro 43B 27		
Correo electrónico personal:	aolayam@unidadbusqueda.gov.co	CONTRATO No:	531-2025

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

a) Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1° del Artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado - UBPD, objeto del pago sujeto a retención; adicionalmente, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador de información, en la cual se evidencia su estado pagada

b) De conformidad con lo establecido en el numeral 6. del artículo 1.2.4.1.6. "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" del Decreto Único Reglamentario en materia tributaria No. 1625 de 2016, manifiesto bajo la gravedad de juramento que: Para la presente Vigencia tomaré costos y deducciones asociados a los ingresos generados por el contrato de prestación de servicios suscrito con la entidad Si selecciona SI: Se le aplicará la retención en la fuente a título de renta a una tarifa del 10% persona natural sobre el valor de sus honorarios del mes correspondiente. Si selecciona NO: Se le aplicará la retención en la fuente a título de renta teniendo en cuenta la depuración contenida en el artículo 383 ET. La cual permite aplicar los beneficios tributarios que se relacionan a continuación	NO
---	----

c) Que la(s) persona(s) que relacionó a continuación, depende económicamente de mi y da lugar al tratamiento tributario a que se refiere el parágrafo segundo del artículo 387 del estatuto tributario así mismo, manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada.	NO
---	----

d) Durante el año 2024 pagué intereses por crédito hipotecario, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T.	NO
--	----

e) Durante el año 2024 realicé pagos por concepto de medicina prepagada, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T	NO
--	----

f) Solicito efectuar un mayor descuento de retención en la fuente de acuerdo con lo establecido en el parágrafo. 3 del art. 383 del E.T	NO
---	----

Autorizo a la UBPD descontar un porcentaje de retención en la fuente adicional al calculado por la entidad del:	0	%
---	---	---

Tipo Identificación	Identificación	Nombre Completo	Edad	Tipo Dependiente	Tipo Dependencia

Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Artículo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el pago que está en trámite se aplique la deducción por el siguiente concepto, respecto del cual adjuto la correspondiente certificación de la Entidad Financiera:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC			\$.00
Pensión Voluntaria			\$.00

Tratamiento de datos:

Manifiesto que conozco y acepto la política de tratamiento de datos de la UBPD, misma que se encuentra publicada en la página web de la Entidad y autorizo el tratamiento de mis datos personales suministrados en el presente documento para los fines pertinentes.

Se firma a los 6 días del mes de Octubre del año 2025

Angélica Olaya

Firma

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1032365678	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO		DIAG 5F 43B 27	8107984	angelica.olaya@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				
2025-09	2025-09	I	01/10/2025	90177932	\$985.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	396.900	0		0		0	0	0	0	396.900	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	508.000	0	0	0	0	0	0		508.000	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	16.600				16.600	0	0	16.600			166	16.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	63.500	0	0	63.500	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	396.900	396.900
Pensión	1	508.000	508.000
Riesgos Laborales	1	16.600	16.600
CCF	1	63.500	63.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	985.000	985.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032365678	ANGELICA MARIA OLAYA MURILLO		DIAG 5F 43B 27	8107984	angelica.olaya@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	01/10/2025	90177932	10
					TOTAL A PAGAR
					\$985.000

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	TAE	TDE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AMP	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	1032365678	OLAYA MURILLO ANGELICA MARIA	59	0			N							X										25-14	3.174.800	508.000	0	0	0	0	EPS008	3.174.800	396.900	14-23	3.174.800	1	16.600	CCF24	3.174.800	63.500	0	0	0	0	0

PAGADA