| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Valeri Dayana Garcia Quintero | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1015482408 | |
| CORREO ELECTRONICO: | Valerigarcia228@gmail.com | | | | CELULAR: | 3218141170 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K32 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 488401745051 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6499 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2296 | FECHA | 2025-11-21 15:56:34.000 | NÚMERO DE CRP | 55553 | FECHA | 2025-11-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Profesional Universitario 2 | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-12-01 | | 2025-12-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $4,195,200 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $33,983,595 |
| VALOR EJECUTADO | $33,983,595 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $4,195,200 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 91454833 | $1,678,080 | $209,760 | $268,493 | 3 | $40,878 | $519,131 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud | CUMPLIENDO CON LA ENTREGA EN LOS TIEMPO ESTABLECIDOS | CRONOGRAMA, BAC MENSUAL Y TRIMESTRAL |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente. | CRONOGRAMA, BAC MENSUAL Y TRIMESTRAL | ENTRE DE BLOQUEOS ASIGNADOS |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado | REALIZAR DEMANDA INDUCIDA A TODA POBLACION DE RIESGO | ENTREGA DE FORMATOS CON LAS FIRMAS DE LOS USUARIOS |
| Desarrollar fortalecimiento de capacidades y habilidades en IPS públicas y privadas para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en Bogotá. | SE REALIZAR CANALIZACIONES DE FORMA OPORTUNA DE LOS USUARIOS QUE SE ENCUENTRA INESTABLES | FORMATO DE CANALIZACIONES |
| . Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. | SE REALIZAR CANALIZACIONES DE FORMA OPORTUNA DE LOS USUARIOS QUE SE ENCUENTRA INESTABLES | FORMATO DE CANALIZACIONES |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria. | ORGANIZAR LOS DOCUMENTOS DE LAS AUDITORIA DE FORMA OPORTUNA | UTLIZAR LAS FICHAS DE LAS SECRETARIA PARA QUE EL USUARIO FIRME LOS SEGUIEMIENTOS |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. | SE REALIZAR CANALIZACIONES DE FORMA OPORTUNA DE LOS USUARIOS QUE SE ENCUENTRA INESTABLES | FORMATO DE CANALIZACIONES |
| . Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | EDUCAR A LA POBLACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACION | VACUNAR A LA MAYOR POBLACION POSIBLE POR MEDIO DEL PROGRAMA BLOQUEOS |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | ORGANIZAR LOS SOPORTES Y VELAR POR LA CUSTODIA ENTREGARLOS | ENTREGAR BAC MENSUAL Y TRIMESTRAL |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | ORGANIZAR LOS SOPORTES Y VELAR POR LA CUSTODIA ENTREGARLOS | ENTREGAR BAC MENSUAL Y TRIMESTRAL |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado. | DILIGENCIAR LOS AJUSTES DE FORMA OPORTUNA | ENTREGAR BAC MENSUAL Y TRIMESTRAL |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | ACEPTAR CUALQUIER INCONSISTENCIA | EVITAR EN LO MAS POSIBLE LAS GLOSAS |
| Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes. | IDENTIFICAR POBLACION DE ALTO RIESGO PARA CANALIZARLOS | FORMATO DE CANALIZACION |
| Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS. | SE PARTICIPA EN ACTIVIDADES EN LAS JORNADAS DE SALUD PUBLICA | BRINDAR LOS CONOCIMIENTOS EN ESTE TIPO DE JORNADA PARA AYUDAR A OTROS |
| Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes. | CUMPLIENDO CON LA ENTREGA EN LOS TIEMPO ESTABLECIDOS | CRONOGRAMA, BAC MENSUAL Y TRIMESTRAL |
| Fortalecer las capacidades a profesionales de la salid en la promoción y asesoría de hábitos saludables, en la implementación de RIAS para condiciones crónicas y demás estrategias del sector salud relacionadas. | CUMPLIENDO CON LA ENTREGA EN LOS TIEMPO ESTABLECIDOS | CRONOGRAMA, BAC MENSUAL Y TRIMESTRAL |
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES HUÉRFANAS A DIFERENTES POBLACIONES | ENTREGA DE IEC |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS A MENORES DE 9 MESES QUE SE ENCUENTREN SANOS | ENTREGA DE FORMATOS DILIGENCIADOS DE COHORTE SANAS |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del componente asignado | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES HUÉRFANAS A DIFERENTES POBLACIONES | ENTREGA DE IEC |
| Desarrollar fortalecimiento de capacidades y habilidades en IPS públicas y privadas para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en Bogotá. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS A MENORES DE 9 MESES QUE SE ENCUENTREN SANOS | ENTREGA DE FORMATOS DILIGENCIADOS DE COHORTE SANAS |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| . Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES HUÉRFANAS A DIFERENTES POBLACIONES | ENTREGA DE IEC |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o Secretaria. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS A MENORES DE 9 MESES QUE SE ENCUENTREN SANOS | ENTREGA DE FORMATOS DILIGENCIADOS DE COHORTE SANAS |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES HUÉRFANAS A DIFERENTES POBLACIONES | ENTREGA DE IEC |
| . Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS A MENORES DE 9 MESES QUE SE ENCUENTREN SANOS | ENTREGA DE FORMATOS DILIGENCIADOS DE COHORTE SANAS |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES HUÉRFANAS A DIFERENTES POBLACIONES | ENTREGA DE IEC |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS A MENORES DE 9 MESES QUE SE ENCUENTREN SANOS | ENTREGA DE FORMATOS DILIGENCIADOS DE COHORTE SANAS |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del componente asignado. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES HUÉRFANAS A DIFERENTES POBLACIONES | ENTREGA DE IEC |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS A MENORES DE 9 MESES QUE SE ENCUENTREN SANOS | ENTREGA DE FORMATOS DILIGENCIADOS DE COHORTE SANAS |
| Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Fortalecer la captación temprana de gestantes. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES HUÉRFANAS A DIFERENTES POBLACIONES | ENTREGA DE IEC |
| Participar en las asistencias técnicas, espacios de fortalecimiento y articulaciones convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE y de la SDS. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS A MENORES DE 9 MESES QUE SE ENCUENTREN SANOS | ENTREGA DE FORMATOS DILIGENCIADOS DE COHORTE SANAS |
| Dar respuesta de manera oportuna a los requerimientos de información que se soliciten por parte de la Subred, SDS u otros entes. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES HUÉRFANAS A DIFERENTES POBLACIONES | ENTREGA DE IEC |
| Fortalecer las capacidades a profesionales de la salid en la promoción y asesoría de hábitos saludables, en la implementación de RIAS para condiciones crónicas y demás estrategias del sector salud relacionadas. | REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS A MENORES DE 9 MESES QUE SE ENCUENTREN SANOS | ENTREGA DE FORMATOS DILIGENCIADOS DE COHORTE SANAS |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Controlada Subred Sur Occidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

VALERI DAYANA GARCIA QUINTERO

CC 1015482408 DE BOGOTÁ

La suma de $4.195.200 cuatro millones ciento noventa y cinco mil doscientos pesos, por concepto de servicios prestados como profesional en enfermería - profesional universitario 2 en el área de Vigilancia en Salud Pública durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6499-2025

Valeri Garcia

VALERI DAYANA GARCIA QUINTERO

CC 1015482408 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488401745051

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de Diciembre 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Julieth Alejandra Delgado O.

JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA

Líder de Proceso Vigilancia en Salud Pública

Lady Viviana Rodriguez G.

LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO

Referente Vigilancia en Salud Pública

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 | 1015482408 | VALERI DAYANA GARCIA QUINTERO | CL 25 d NUM 33 A 11 | 3218141170 | valerigarcia228@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 09/12/2025 | 91454833 | $521.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 209.800 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 800 | 0 | 210.600 | 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 | 268.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1.100 | 0 | 269.600 | 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 | 40.900 | | | | 40.900 | 6 | 200 | 41.100 | | | 409 | 41.100 | 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 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 6 | 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 | 209.800 | 210.600 |
| Pensión | 1 | 268.500 | 269.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 40.900 | 41.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 519.200 | 521.300 |

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 | 1015482408 | VALERI DAYANA GARCIA QUINTERO | CL 25 d NUM 33 A 11 | 3218141170 | valerigarcia228@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 09/12/2025 | 91454833 | $521.300 | |

## 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 | Estornado | ING | 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 | 1015482408 | GARCIA QUINTERO VALERI DAYANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.678.080 | 268.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.678.080 | 209.800 | 14-11 | 1.678.080 | 3 | 40.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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