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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YURY TATIANA CUELLAS SANCHEZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1001200335		
CORREO ELECTRONICO:	yury-cuellar@hotmail.com				CELULAR:	3107873763		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37I03	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24109791867					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	968			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	11601	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ENFERMERO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-02-07		2026-02-07			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$132,378						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	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:	$16,414,872
VALOR EJECUTADO	$7,677,924
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$132,378
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,736,948
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	47%

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
50513179	$1,482,634	$185,329	$237,221	3	$36,117	$458,668

Dado en Bogotá a los siete(7) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

carlos alberto corredor
1070020178
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
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería	Recibo y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	ENTREGA DE TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	TRABAJO EN EQUIPO
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del pacient	SEGUIMIENTO PACINETE ASISTENCIA
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERA
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio	CUANDO SE REQUIERA
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	CUANDO SE REQUIERA
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes	SISTEMA INFORMATIVO
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio	Registro los diferente repostes y libros propios del servicio	SISTEMA INFORMATIVO
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	SISTEMA INFORMATIVO
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SISTEMA DE INFORMACION ALMERA Y EN LA INTRANET
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	PARTICIPACION ACTIVA
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	PARTICIPACION ACTIVA
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	CUANDO LO REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conosco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	CUANDO LO REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	CUANDO LO REQUIERA

Copia Controlada Subred Suroccidente

Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERA

carlos alberto corredor
1070020178
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YURY TATIANA CUELLAR SANCHEZ

CC 1.001.200.335

La suma de $ 132.378 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como ENFERMERA JEFE durante el periodo ADICION DEL 7 **de FEBRER0** 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 968-2026.



YURY TATIANA CUELLAR SANCHEZ

CC 1.001.200.335

CUENTA DE AHORROS BANCO DE

CAJA SOCIAL

NUMERO 24109791867

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1001200335	CUELLAR	SANCHEZ	YURY	TATIANA	2026-01	Compensar	COTIZANTE
CC	1001200335	CUELLAR	SANCHEZ	YURY	TATIANA	2025-05	Capital Salud	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

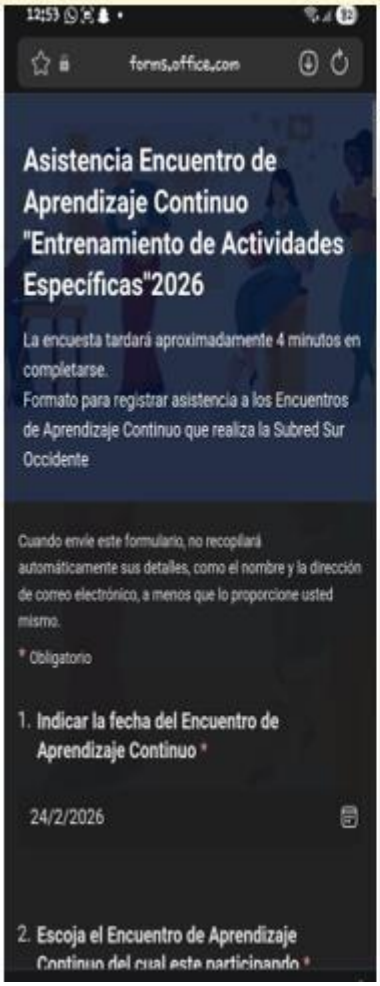
EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Compensar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Capital Salud	01/2022	21	COTIZANTE	Pago con cotización

Asegurate

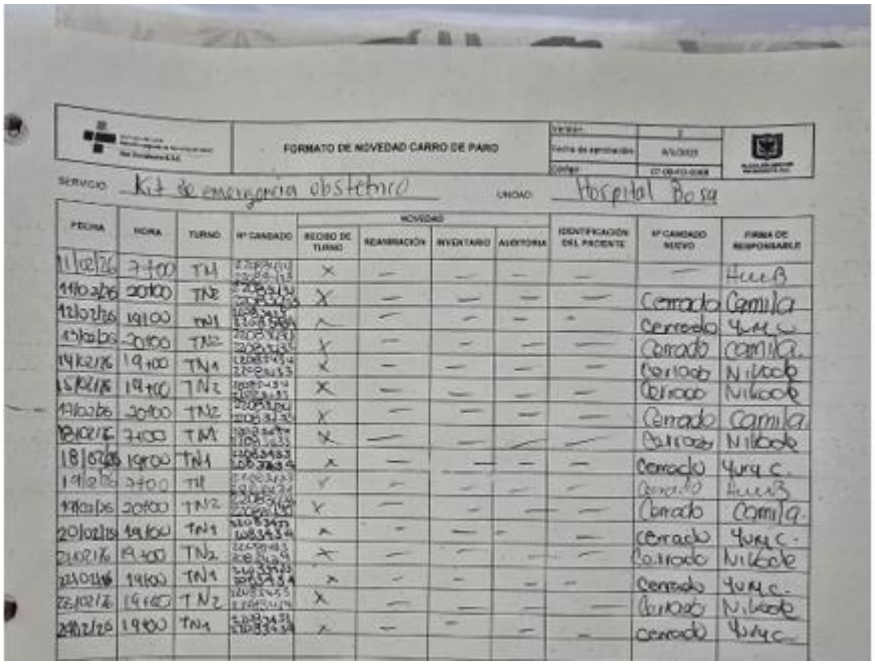

9:20
docs.google.com
ASEGURATE ENERO 2026
cuellarsanchezyurytatiana@gmail.com
Cambiar cuenta
Se guardó el borrador
* Indica que la pregunta es obligatoria
Correo electrónico *
Registrar cuellarsanchezyurytatiana@gmail.com como el correo electrónico que se incluirá en mi respuesta
NUMERO DE IDENTIFCACION *
1001200335

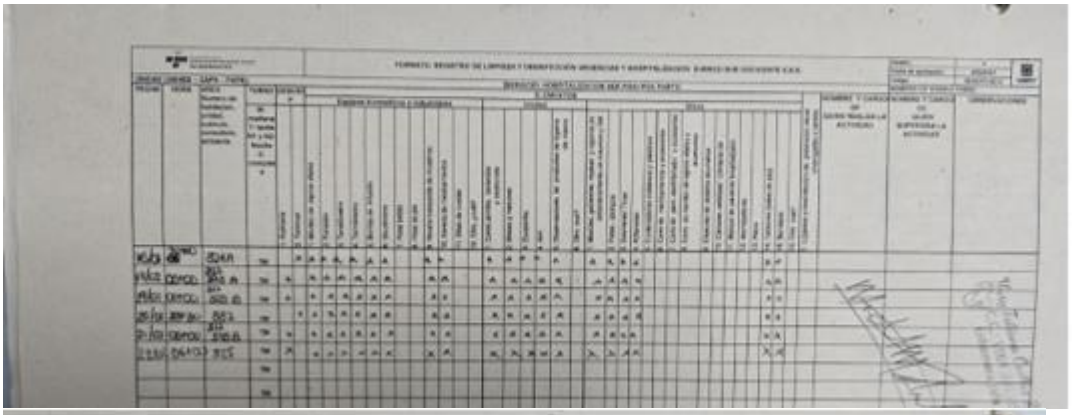

9:25
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
ASEGÚRATE MES DE ENERO 2026
FECHA
RESULTADO: 100
CALIFICACION
Aceptar
NOMBRE DEL PARTICIPANTE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD
UNIDAD

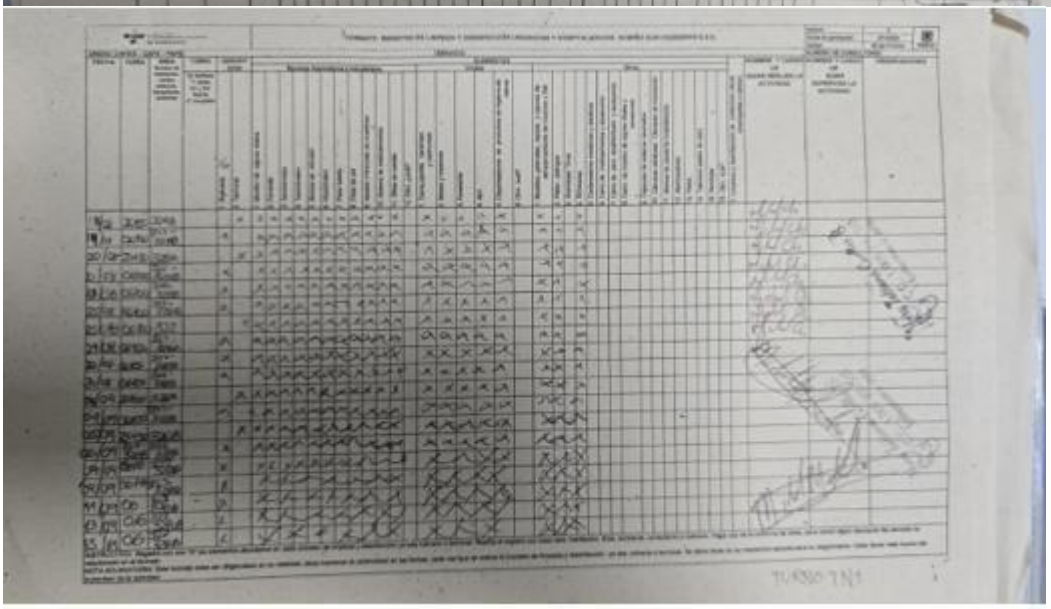

9:20
docs.google.com
ASEGURATE ENERO 2026
Se registró tu respuesta.
Google no creó ni aprobó este contenido. - Comunicarse con el propietario del formulario - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
¿El formulario parece sospechoso? Informe
Google Formularios

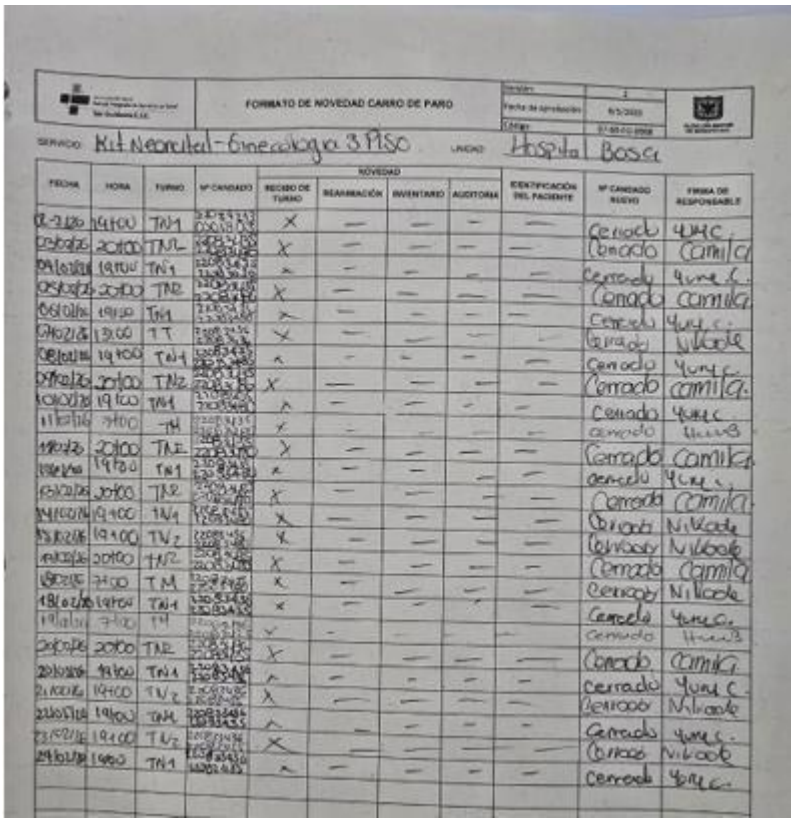

12:53
forms.office.com
Asistencia Encuentro de Aprendizaje Continuo "Entrenamiento de Actividades Específicas"2026
La encuesta tardará aproximadamente 4 minutos en completarse.
Formato para registrar asistencia a los Encuentros de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente
Cuando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.
* Obligatorio
1. Indicar la fecha del Encuentro de Aprendizaje Continuo *
24/2/2026
2. Escoja el Encuentro de Aprendizaje Continuo del cual este participando *


12:54
forms.office.com
La respuesta se ha enviado.
Algo importante que puede hacer a continuación
Guardar mi respuesta
Enviar otra respuesta
Microsoft Forms
¡Prepárese para su propia invitación al evento!
Registro de eventos
Comenzar ahora


FORMATO DE NOVEDAD CARRO DE PARO
SERVICIO: Kit de emergencia obstetrico
UNIDAD: Hospital Bosa
FECHA
HORA
TURNO
Nº CANDADO
NOVEDAD
RECIBO DE TURNO
REANIMACIÓN
INVENTARIO
AUDITORIA
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Nº CANDADO NUEVO
FIRMA DE RESPONSABLE







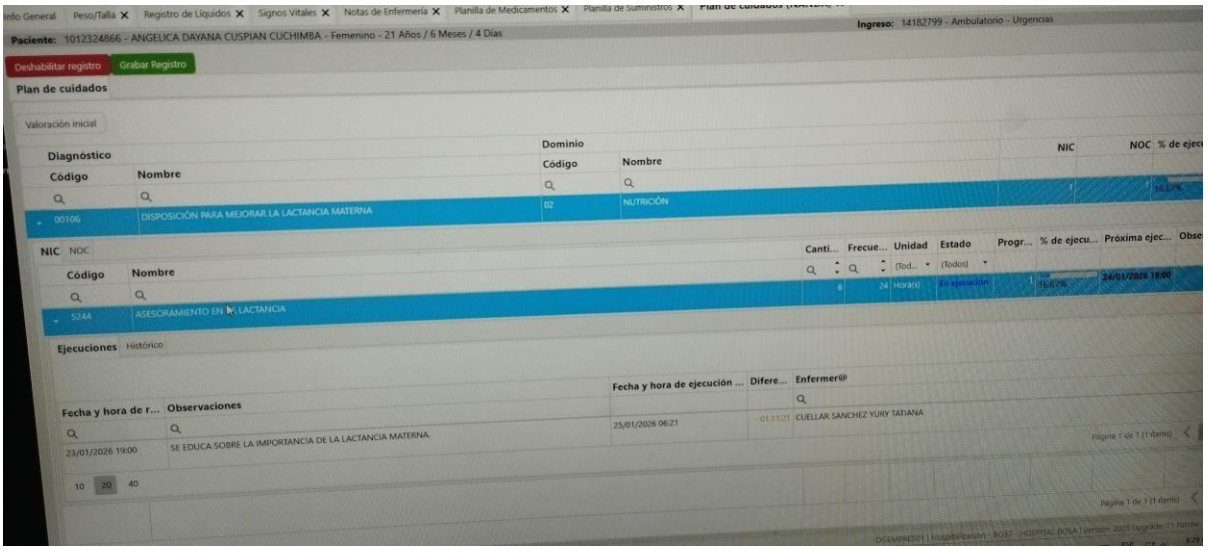
FORMATO DE NOVEDAD CARRO DE PARO

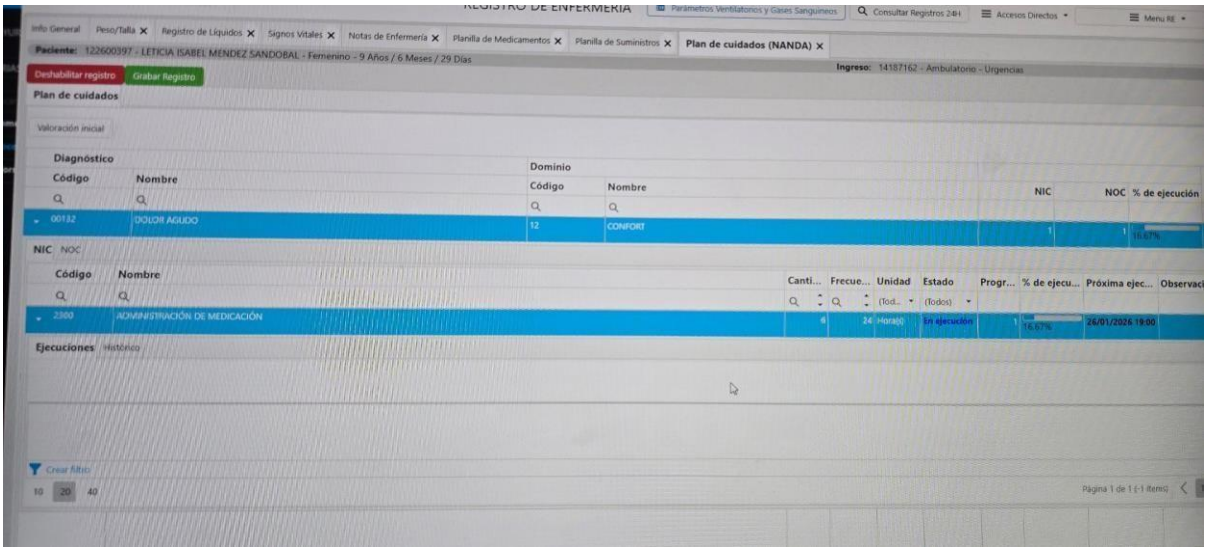
Versión: 1
Fecha de aprobación: 6/3/2023
Código: [illegible]

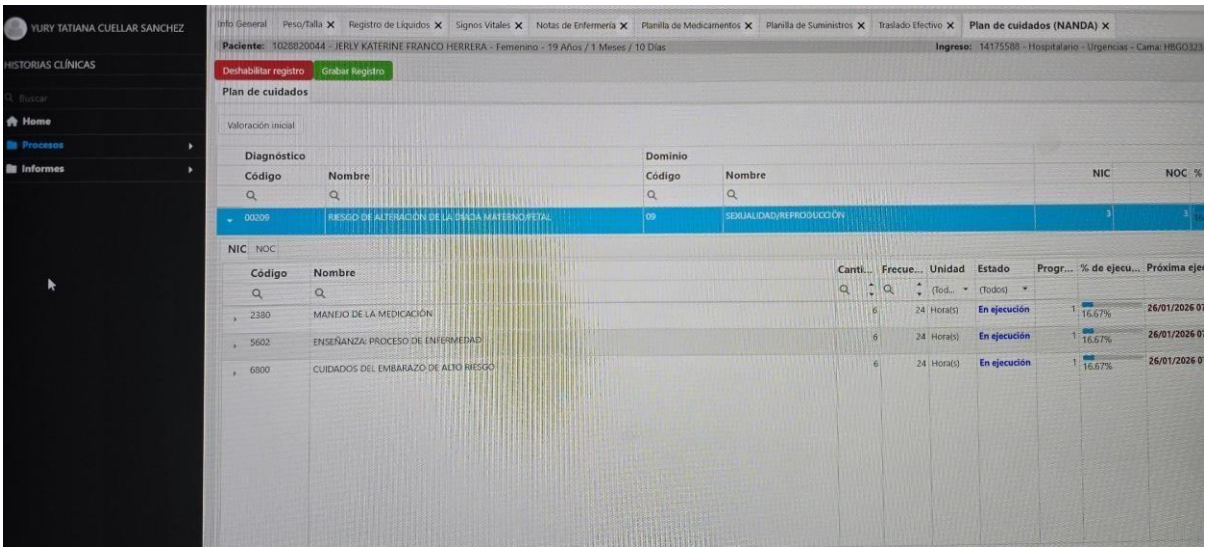
SERVICIO: Kit Neonatal - Ginecología 3 Piso LUGAR: Hospital Bosa

FECHA	HORA	TURNO	Nº CANDADO	NOVEDAD: RECIBO DE TURNO	NOVEDAD: REANIMACIÓN	NOVEDAD: INVENTARIO	NOVEDAD: AUDITORIA	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Nº CANDADO NUEVO	FIRMA DE RESPONSABLE
12-2-26	14:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.
20/02/26	20:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Camila
19/02/26	19:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.
20/02/26	20:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Camila
06/02/26	19:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.
07/02/26	13:00	TT	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Nicole
08/02/26	19:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.
19/02/26	20:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Camila
10/02/26	19:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.
11/02/26	7:00	TM	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Nicole
19/02/26	20:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Camila
19/02/26	19:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.
20/02/26	20:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Camila
19/02/26	19:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Nicole
19/02/26	19:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Nicole
20/02/26	20:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Camila
16/02/26	7:00	TM	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Nicole
18/02/26	19:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.
11/02/26	7:00	TM	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Nicole
20/02/26	20:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Camila
20/02/26	19:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.
21/02/26	19:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Nicole
22/02/26	19:00	TM	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.
23/02/26	19:00	TN2	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Nicole
24/02/26	19:00	TN1	[illegible]	X	—	—	—	—	Cerrado	Yuri C.

Paes


Paciente: 1012324866 - ANGELICA DAYANA CUSPIAN CUCHIMBA - Femenino - 21 Años / 6 Meses / 4 Días
Ingreso: 14182799 - Ambulatorio - Urgencias
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
NIC
NOC
00106
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA
02
NUTRICIÓN
5244
ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA
Ejecuciones
Histórico
Fecha y hora de r...
Observaciones
Fecha y hora de ejecución ...
Enfermer@
23/01/2026 19:00
SE EDUCA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.
25/01/2026 06:21
CUELLAR SANCHEZ YURY TATIANA


Paciente: 1226000397 - LETICIA ISABEL MENDEZ SANDOBAL - Femenino - 9 Años / 6 Meses / 29 Días
Ingreso: 14187162 - Ambulatorio - Urgencias
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
NIC
NOC
00132
DOLOR AGUDO
12
CONFORT
2380
ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
Ejecuciones
Histórico
Crear filtro


YURY TATIANA CUELLAR SANCHEZ
HISTORIAS CLÍNICAS
Home
Procesos
Informes
Paciente: 1026820044 - JERLY KATERINE FRANCO HERRERA - Femenino - 19 Años / 1 Meses / 10 Días
Ingreso: 14175588 - Hospitalario - Urgencias
Deshabilitar registro
Grabar Registro
Plan de cuidados
Valoración inicial
Diagnóstico
Código
Nombre
Dominio
NIC
NOC
00209
RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DÍADA MATERNOFETAL
09
SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
2380
MANEJO DE LA MEDICACIÓN
5602
ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
6800
CUIDADOS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO
En ejecución

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	1001200335	YURY TATIANA CUELLAR SANCHEZ	CLL 4 SUR N 80 49	0000000	yury-cuellar@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	12/02/2026	50513179	$558.100	

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	225.000	0		0		0	3	500	0	225.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	288.000	0	0	0	0	3	600	0	288.600	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	43.900				43.900	3	100	44.000			439	44.000	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	225.000	225.500
Pensión	1	288.000	288.600
Riesgos Laborales	1	43.900	44.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	558.100

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
CC	1001200335	YURY TATIANA CUELLAR SANCHEZ		CLL 4 SUR N 80 49	0000000	yury-cuellar@hotmail.com
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	
2026-01	2026-01	I	12/02/2026	50513179	$558.100	

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	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	1001200335	CUELLAR SANCHEZ YURY TATIANA	59	0			N								X								230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	225.000	14-11	1.800.000	3	43.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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