

10-45



SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

Handwritten mark

FECHA DE PRESENTACIÓN: 04 de Mayo de 2026		
NÚMERO INFORME: 04		
PERÍODO: ABRIL 01 - 30 DE 2026		
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO		
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	661 de 2026 de 22-01-2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ELIANA CONSTANZA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	CC 1.020.735.555 de Bogotá	
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A	
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	8 Meses	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$60.000.000	
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	1457	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$7.500.000	
FECHA ACTA DE INICIO	22 de Enero de 2026	
PRÓRROGA ¹	N/A	
ADICIÓN	N/A	
SUSPENSIÓN	N/A	
REINICIO	N/A	
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	N/A	
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	N/A	
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$60.000.000	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	8 Meses	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	21 de Septiembre de 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA VERIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA REPRESENTACIÓN EN LAS INSTANCIAS DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONALES DE LA LOCALIDAD DE BOSA."	
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	ARL	PENSION
E.P.S. Sanitas	Positiva Seguros	Protección
NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO	
78416485	2026-03	

¹ Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

Edificio Liévano - Calle 11 No. 8 -17 Código Postal: 111711 Tel. 3387000 - 3820660 Información Línea 195 www.gobiernobogota.gov.co

Código: GCO-GCI-F110 Versión: 08 Vigencia: 28 de enero de 2026 Caso HOLA: 22935 Página 1 de 4



Handwritten mark

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1	
<u>Articular y gestionar acciones entre la Alcaldía Local de Bosa y demás organizaciones de participación de la localidad y del Distrito.</u>	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>*Se tramitó, proyectó y revisó solicitud para dar respuesta a las proposiciones 333, 339, 345, 357, 372, 374, 376, 386, 390 de 2026.</p> <p>*Se tramitó, proyectó y revisó solicitud para dar respuesta a derecho de petición presentado por la HC Diana Diago respecto a temas PYBA.</p> <p>*Se tramitó, proyectó y revisó solicitud para dar respuesta a derecho de petición presentado por la HC Diana Diago respecto a temas de contratación.</p> <p>*Se tramitó, proyectó y revisó solicitud para dar respuesta a derecho de petición presentado por el HC Andrés Barrios respecto a temas de contratación y Oxp.</p> <p>*Se tramitó, proyectó y revisó solicitud para dar respuesta a derecho de petición presentado por el HC Oscar Bastidas respecto a temas de participación.</p> <p>*Se tramitó, proyectó y revisó solicitud para dar respuesta a derecho de petición presentado por el HC Angelo Schiavento respecto a temas Administrativos del IDL.</p> <p>*Se tramitó, proyectó y revisó solicitud para dar respuesta a derecho de petición presentado por el HC Andrés Barrios respecto a temas de contratación.</p> <p>*Se tramitó, proyectó y revisó solicitud para dar respuesta a derecho de petición presentado por la HC Clara Lucía Sandoval respecto a temas Administrativos.</p>	<p>*Se adjunta NUEVE archivos en formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 1.</p> <p>*Se adjunta UN archivo en Formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 1.</p> <p>*Se adjunta UN archivo en Formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 1.</p> <p>*Se adjunta UN archivo en Formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 1.</p> <p>*Se adjunta UN archivo en Formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 1.</p> <p>*Se adjunta UN archivo en Formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 1.</p> <p>*Se adjunta UN archivo en Formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 1.</p> <p>*Se adjunta UN archivo en Formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 1.</p>
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2	
<u>Realizar la correcta coordinación y promoción de los mecanismos institucionales que permitan la identificación, articulación y fortalecimiento de las instancias de participación para la formulación oportuna de los proyectos que permitan alcanzar los objetivos y metas de la entidad.</u>	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>*Convoqué y asistí a reuniones de reorganización de la Estrategia “Lo que estamos resolviendo” del Alcalde Local, los días 22 y 24 de abril del año en curso.</p>	<p>*Se adjuntan DOS Actas de Asistencia en formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 2.</p>
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1

Articular y gestionar acciones entre la Alcaldía Local de Bosa y demás organizaciones de participación de la localidad y del Distrito.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
No se ejecutó este periodo.	*N/A.

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4

Realizar y/o participar de eventos ciudadanos y/o comunitarios que le sean designados.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
*Coordiné, participé en la organización y asistí al inicio de la Gira dentro de la estrategia del Alcalde Local, "Lo que Estamos resolviendo".	*Se adjunta Acta en formato PDF – Secop II carpeta nombrada Actividad 4.

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5

Responder en los términos otorgados por la normativa vigente, todas las peticiones y solicitudes ciudadanas que hayan sido asignadas y/o ubicadas en el Sistema de Gestión Documental - Orfeo.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
*Se dio respuesta a derechos de petición con radicados 20264211039502, 20265710042832, 20265710064452, 20265710066722, 20264211168912, 20265710057932	*Se adjuntan SEIS archivos en Formato PDF – Secop II, carpeta nombrada Actividad 5.



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6

Las demás que se le asignen y que surjan de la naturaleza del contrato.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
No se ejecutó este periodo.	N/A

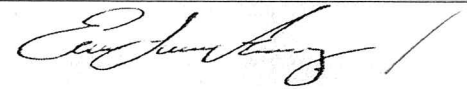
FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o planilla(X) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "...los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido...", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

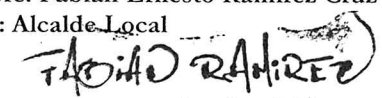
CONTRATISTA

Firma: 
Nombre: **Eliana Constanza Sánchez Fernández**
Cédula: 1.020.735.555 de Bogotá D.C.

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.

Así mismo, certificó el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: **Fabián Ernesto Ramírez Cruz**
Cargo: **Alcalde Local**
Firma: 

APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)

Nombre:
Cargo:
Firma:



Número de Contrato 661 de 2026Yo, ELIANA CONSTANZA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.020.735.555 expedida en la ciudad de Bogotá.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	NO
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	NO
Soy Declarante de Renta año 2025	SI
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	SI

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumpla con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI/NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	NO
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	SI

Se expide y firma a los (04) días del mes de Mayo del 2026.

Firma:

Nombre: Eliana Constanza Sánchez FernándezC.C: 1.020.735.555Dirección de correspondencia: Carrera 80 I # 61-05 SurTeléfono de contacto: 3165066795Correo electrónico institucional: elianac.sanchez@gobiernobogota.gov.coCorreo electrónico personal: abogadaelianasanfernandez@gmail.com



SECRETARÍA DE GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Código: GCO-GCI-F137
Versión: 03
Vigencia: 07 de febrero de 2022
Caso HOLA: 225687

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 661 de 22/01/2026, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

4

MES

5

AÑO

2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Eliana Constanza Sánchez Fernández

CÉDULA N°

1020735555

UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

FDL Bosa

TELÉFONO

316506795

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
Thomas Romero Sánchez	Hijo	15 años	0

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

- Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.
- Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
- Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por
- Requisito: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior o programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:
- Nombre del estudiante
 - Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
- Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos
- Requisito:
- Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
 - Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
- El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos
- Requisito:
- Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
 - Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
 - Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
 - Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos
- Los padres del trabajador que se encuentren en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que se certifique por el médico
- Requisito:
- Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
 - Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
 - Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
 - Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERDÍCA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la celda correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área o dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requerido en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020735555	ELIANA CONSTANZA SANCHEZ FERNANDEZ		Calle 3 6 06	3165066795	elicofe20@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CHOCONTÁ	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78416485	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$879.700	

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	375.000	0		0		0	15	3.900	0	378.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	480.000	0	0	0	0	15	4.900	0	484.900	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	15.700				15.700	15	200	15.900			157	15.900	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	15	0	0	0
ICBF				
0	15	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	375.000	378.900
Pensión	1	480.000	484.900
Riesgos Laborales	1	15.700	15.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	879.700



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020735555	ELIANA CONSTANZA SANCHEZ FERNANDEZ		Calle 3 6 06	3165066795	elicofe20@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CHOCONTÁ	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78416485	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$879.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Constante	Suplente	Extemporáneo	Colonia exterior	Extraterritorio	ING	RET	TDE	TAE	EDP	USP	VET	SLM	DE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1020735555	SANCHEZ FERNANDEZ ELIANA CONSTANZA	59	0			N																230201	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	30	375.000	14-23	3.000.000	30	15.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA