Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 VERSIÓN: 8 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **JENNY AURORA GUTIERREZ MORALES**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**53037236**
CELULAR: **3018476271**	CORREO ELECTRÓNICO: **jennyagm1983@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL CHAPINERO**	CENTRO DE COSTOS: **CHPT07 - ADM SISTEMAS DE INFORMACION TICS USS CHAPINERO**
PROCESO: **OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN - TIC**		SERVICIO: **ADMINISTRATIVO**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **4800376131**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **192-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	163	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	12071	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	704	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	21670	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1021	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	25947	**FECHA**	24/07/2026
CDP 4	1166	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 4**	31693	**FECHA**	26/08/2026
CDP 5	–	**FECHA**	–	**CRP 5**	–	**FECHA**	–
CDP 6	–	**FECHA**	–	**CRP 6**	–	**FECHA**	–

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**			**HASTA**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	01	**07**	**2026**	**31**	**07**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 6.388.000**	TIPO DE SERVICIOS: **ADMINISTRATIVO**	VALOR HORA / DÍA: **–**

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 38.328.000**
VALOR EJECUTADO	$ 31.940.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 6.388.000**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	–
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	–
SALDO POR EJECUTAR	$ 6.388.000
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**83.3 %**

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
$ 2.555.200	$ 319.400	$ 408.900	III	$ 62.300	**$ 790.600**	92951825

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Julio** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR VICTOR JULIO GOMEZ CARVAJAL CC: 91281972	**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** JENNY AURORA GUTIERREZ MORALES CC: 53037236

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: **OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN - TIC**	UNIDAD: **HOSPITAL CHAPINERO**						
No. DE CONTRATO: **192-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **VICTOR JULIO GOMEZ CARVAJAL**		01	07	2026	31	07	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **JENNY AURORA GUTIERREZ MORALES**	DOCUMENTO: **53037236**						
OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **83.3 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
20. Brindar todos los soportes que designe el supervisor del contrato que tenga relaciónb con elo perfil y con la misión, vision del proceso al que hace parte y de la institución. Las demas actividades que sean asignadas por el referente del area a fines con el objetivo del contato.	Se atendieron las actividades asignadas por el líder HIS y el supervisor del contrato, incluyendo soporte funcional a los módulos del Sistema de Información Hospitalario, participación en mesas de trabajo (Osteosíntesis, Historias Clínicas Ambulatorias y Hospitalización), revisión de parametrizaciones, análisis de requerimientos funcionales y acompañamiento en actividades relacionadas con la interoperabilidad, de acuerdo con las necesidades institucionales.
19. Apoyo en la realización de informes propios del área de sistemas.	Se brinda apoyo al área para presentaciones e informes relacionados a los temas que se muestran en comité de historias clínicas. y demás reuniones.
18. Presentar informe periodico sobre las actividades desarrolladas.	Se ejecutaron las actividades asignadas por el líder HIS, incluyendo soporte, participación en mesas de trabajo y seguimiento a mejoras del Sistema de Información.
17. Ser multiplicador en el proceso de capacitación.	Se brindó acompañamiento a los usuarios durante la solución de incidentes y aclaración de dudas sobre el sistema.
16. Asistir de manera proactiva en los comités institucionales.	Participación en mesas de trabajo con los procesos asistenciales para revisión de requerimientos del sistema.
15. Planificar, orientar, analizar y ejecutar las distintas actividades conducentes al mejoramiento de los sistemas de información de la entidad.	Se analizaron los procesos y se brindó orientación a las diferentes áreas en el uso adecuado del Sistema de Información, con el fin de optimizar los procedimientos de registro, fortalecer la calidad del dato y promover el uso correcto de los módulos del sistema.
14. Realizar seguimiento e implementar oportunidades de mejora a las inconsistencias, errores y/ o inconvenientes presentados en el funciónaminto en el sistema de información hospitalario - HIS y las relacionadas con la oficina TICS de la Subred Norte ESE.	Se identificaron oportunidades de mejora durante la atención de soportes y en las mesas de trabajo de Osteosíntesis e Historias Clínicas.
13. Participacion en la elaboración de procedimientos, instructivos, manuales, guias que interviene el área de sistmas.	Se aportó en la definición de ajustes funcionales derivados de las mesas de trabajo para optimizar los procesos del sistema.
12. Responder a las incidencias interpuestas a travez de la mesa de servicios relacionadas con el sistema de información hospitalario - HIS de la Subred Norte ESE.	Se atendieron incidencias relacionadas con los módulos del Sistema de Información Hospitalario reportadas por los usuarios.
11. Generación de reportes cuando sea requerido or parte de los lideres del proceso del sistema de información hospitalario - HIS de la Subred Norte ESE.	No aplicó durante el período informado.
10. Diseño de consultas en el motor de base de datos para extracción de información del sistema de información hospitalario - HIS de la Subred Norte ESE.	Se realizaron consultas SQL para la validación de procesos, verificación de información y análisis de incidencias reportadas por los usuarios.
9. Apoyo en la ejecución de las estrategias definidas para el desarrollo de la plataforma de interoperabilidad de la Secretaria Distrital de salud.	Se brindó soporte y acompañamiento funcional en la parametrización de formatos de historias clínicas relacionados con la generación de documentos CDA, así como apoyo en la revisión y validación de los procesos de interoperabilidad con Salud Bogotá Digital y la generación de RDAS.
8. Brindar el soporte técnico remoto, telefonico o presencial del sistema de información hospitalario - HIS de acuerdo a necesidades establecidas por los diferentes procesos de la Subred Norte ESE.	Atención de solicitudes e incidencias reportadas por los usuarios del sistema mediante soporte remoto y presencial.
7. Participación activa en el proceso de revisión, soporte e implementación de las actualizaciónes del sistema de información hospitalario HIS en modulos administrativos, fiancieros y asistenciales de acuerdo a los procedimientos	Se realizó seguimiento y validación funcional de ajustes implementados en el sistema derivados de requerimientos y solicitudes al proveedor .

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
establecidos por la Subred Norte ESE.	
6. Elaborar y ajustar los diseños de los formatos institucionales (Historias Clinicas) con los lideres de los procesos con el fin de ser implementados en la entidad en el sistema de información de acuerdo a las solicitudes realizadas, de igual forma realizar las modificaciones y actualizaciones de acuerdo a las necesidades de los procesos.	Participación en mesas de trabajo para el ajuste de formatos de historias clínicas ambulatorias y de hospitalización, atendiendo necesidades de los procesos asistenciales.
5. Capacitar al personal asistencial y administrativo en los diferentes módulos asistenciales y admoinistrativos del sikstema de información hospitalario - HIS.	No aplicó durante el período informado.
4. Soporte a usuarios del sistema de información hospitalario - HIS que se encuentran en producción y de los que consultan los sistemas de información historicos.	Se brindó soporte funcional a usuarios de los módulos de Facturación, Historias Clínicas, Inventarios, Admisiones, Hospitalización y Citas Médicas.
3. Apoyo en la administración y configuración de los servidores del sistema de información hospitalario.	No aplicó durante el período informado.
2. Apoyo en la instalación, implementación y actualización de los modulos administrativos, financieros y asiustenciales del sistema de información hospitalario - HIS de loa subrednorte.	Se apoyó la validación funcional y de ajustes implementados en los módulos del sistema de información.
1. Apoyar a la solucion de temas relacionados con proyectos de tecnologia de la información y comunicaciones.	Apoyo en la atención de requerimientos funcionales relacionados con el Sistema de Información Hospitalario.
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	se participo en las actividades de gestión de acreditación.
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	se participo en las actividades de gestión de acreditación.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:

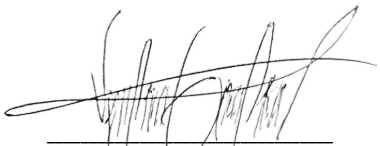
$ 6.388.000 — SEIS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
JENNY AURORA GUTIERREZ MORALES
CC: 53037236

Fecha: 31/07/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
VICTOR JULIO GOMEZ CARVAJAL
CC: 91281972

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

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	53037236	JENNY AURORA GUTIERREZ MORALES	CALLE 47 B SUR # 22 - 85 BLOQUE 3	6015108262	jennyagm1983@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92951825	15/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$794.200	

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	319.400	0		0		0	6	1.500	0	320.900	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	408.900	0	0	0	0	6	1.800	0	410.700	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	62.300				62.300	6	300	62.600			623	62.600	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	319.400	320.900
Pensión	1	408.900	410.700
Riesgos Laborales	1	62.300	62.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	790.600	794.200

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	53037236	JENNY AURORA GUTIERREZ MORALES	CALLE 47 B SUR # 22 - 85 BLOQUE 3	6015108262	jennyagm1983@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92951825	15/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$794.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 53037236	GUTIERREZ MORALES JENNY AURORA	59	0			N																	230201	2.555.200	30	408.900	0	0	0	0	EPS005	2.555.200	30	319.400	14-11	2.555.200	30	3	62.300		0	0	0	0	0	0	0	0

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	53037236	JENNY AURORA GUTIERREZ MORALES	CALLE 47 B SUR # 22 - 85 BLOQUE 3	6015108262	jennyagm1983@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93816473	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$790.600	

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	319.400	0		0		0	0	0	0	319.400	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	408.900	0	0	0	0	0	0		408.900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	62.300				62.300	0	0	62.300			623	62.300	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	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	319.400	319.400
Pensión	1	408.900	408.900
Riesgos Laborales	1	62.300	62.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	790.600	790.600

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	53037236	JENNY AURORA GUTIERREZ MORALES	CALLE 47 B SUR # 22 - 85 BLOQUE 3	6015108262	jennyagm1983@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93816473	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$790.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvido	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 53037236	GUTIERREZ MORALES JENNY AURORA	59	0			N																	230201	2.555.200	30	408.900	0	0	0	0	EPS005	2.555.200	30	319.400	14-11	2.555.200	30	3	62.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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