SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN**			**CC:**	**1031157694**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANGELAGISELLAFONTECHABARRAGAN@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3118565847**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 54C SUR 3 05**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24096592335**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1904 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.723.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN
PS_1904_2026_F39B5F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN
CC: 1031157694
CEL: 3118565847

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN			
	CON C.C N°	**1.031.157.694**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1904 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.513.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.723.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1. APOYÉ LA ACTIVACION, ORIENTACION Y GESTION DE (2) RUTA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD EN LOS CASOS RELACIONADOS CON VIOLENCIA FISICA, SEXUAL, PSICOLOGICA O BASADA EN GENERO; CONFLICTO ARMADO; ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS; NEGLIGENCIA O ABANDONO; INTENTO DE SUICIDIO; EVENTOS ASOCIADOS A SALUD MENTAL; ENFERMEDADES TRANSMISIBLES; CONDICIONES MATERNO-PERINATALES Y ATENCION A POBLACIONES VULNERABLES, GARANTIZANDO LA APLICACION DEL ENFOQUE DIFERENCIAL Y DE DERECHOS.
2	2. GESTIONÉ LAS (24) INTERCONSULTAS POR RIESGO PSICOSOCIAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, EMITIDAS POR LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS, ASEGURANDO EL REGISTRO SISTEMATICO, EL SEGUIMIENTO EN LA HISTORIA CLINICA, LA TRAZABILIDAD DE LOS CASOS, LA ARTICULACION INTERINSTITUCIONAL Y LOS SOPORTES DE GESTION CORRESPONDIENTES.
3	3. REALICÉ EL CENSO HOSPITALARIO CAMA A CAMA, IDENTIFICANDO (18) RIESGOS PSICOSOCIALES, ESTADO DEL ASEGURAMIENTO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS), DIFICULTADES SOCIOECONOMICAS ASOCIADAS A LA CAPACIDAD DE PAGO Y DEMAS FACTORES QUE INCIDAN EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE Y SU ENTORNO, ORIENTANDO LA GESTION PARA LA ELIMINACION DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
4	4. APOYÉ LA VERIFICACION, GESTION Y SEGUIMIENTO DEL ESTADO DEL ASEGURAMIENTO DE (7) PACIENTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) QUE PRESENTEN NOVEDADES COMO SUSPENSION POR MORA, CONDICION DE PARTICULAR O RETIRO CONFORME AL DECRETO 616 DE 2022, ACOMPAÑANDO LA SOLICITUD DE ENCUESTA SISBEN Y LA VALORACION DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
5	5. APOYÉ LA GESTION DE CASOS DE (1) PACIENTE EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL O SIN RED DE APOYO, DE CONFORMIDAD CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., INCLUYENDO LA CARACTERIZACION SOCIAL, ELABORACION DE INFORMES SOCIALES, GESTION DE CUPOS INSTITUCIONALES, RECONOCIMIENTO DOMICILIARIO Y ARTICULACION CON REDES COMUNITARIAS E INSTITUCIONALES.
6	6. APOYÉ LA ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE (2) ESTUDIOS SOCIALES DE CASO A POBLACION MIGRANTE IRREGULAR, DESCRIBIENDO LA SITUACION DEL PACIENTE, LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y LA ORIENTACION BRINDADA PARA SU PROCESO DE REGULARIZACION EN EL PAIS, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
7	7. DILIGENCIÉ, REGISTRÉ, Y ACTUALICE DE MANERA COMPLETA, LEGIBLE, VERAZ Y OPORTUNA, (105) HISTORIAS CLINICAS, REGISTROS Y DEMAS DOCUMENTOS DERIVADOS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LA INFORMACION CLINICA. LO ANTERIOR INCLUYE, ENTRE OTROS, EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA SIVIM COMO EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA, LA APLICACION DEL TEST APGAR FAMILIAR, LA ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS INSTITUCIONALES RELACIONADAS CON PACIENTES EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL, CASOS DE VIOLENCIA, POBLACION INDIGENA EMBERA, SOLICITUDES DE OXIGENO, ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, ASI COMO LOS DEMAS DOCUMENTOS Y REPORTES QUE SE DERIVEN DEL OBJETO CONTRACTUAL.
8	8. APOYÉ EL SEGUIMIENTO SEMANAL A (3) PACIENTE CON CARGO AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD (FFDS), GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION Y LA ARTICULACION CON LAS AREAS RESPONSABLES.
9	9. APOYÉ EL TRAMITE DE (1) SOLICITUDES DE OXIGENO DOMICILIARIO, INCLUYENDO LA GESTION DE AUTORIZACIONES, EL SEGUIMIENTO, EL REGISTRO EN LAS BASES INSTITUCIONALES Y LA COMUNICACION CON PACIENTES, FAMILIAS Y AREAS INVOLUCRADAS.

10	10. GESTIONÉ (1) IDENTIFICACION DE PACIENTE SIN DOCUMENTACION Y NN PUROS, MEDIANTE LA ARTICULACION CON LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, PERSONERIAS, INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, MIGRACION COLOMBIA, EMBAJADAS Y DEMAS ENTIDADES COMPETENTES, GARANTIZANDO EL RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO A LA IDENTIDAD.
11	11. BRINDÉ ACOMPAÑAMIENTO EN LOS TRASLADOS INTERINSTITUCIONALES HACIA ENTIDADES COMO EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF), COMISARIAS DE FAMILIA, FISCALIA GENERAL DE LA NACION, IPS RECEPTORAS Y DEMAS ACTORES DE LA RUTA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD, VELANDO POR LA PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.
12	12. ARTICULÉ, A NIVEL EXTRAINSTITUCIONAL, LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS FORMULADOS A PACIENTES UBICADOS EN HOGARES SUSTITUTOS O INSTITUCIONES DE PROTECCION QUE NO CUENTEN CON RED DE APOYO FAMILIAR, EN COORDINACION CON LAS AREAS RESPONSABLES.
13	13. BRINDÉ ATENCION PSICOSOCIAL Y CONTENCION EMOCIONAL A PACIENTES Y FAMILIAS EN EL MARCO DE PROCESOS CLINICOS Y ADMINISTRATIVOS, PROMOVIENDO EL BIENESTAR EMOCIONAL Y EL AFRONTAMIENTO ADECUADO DE SITUACIONES DE CRISIS.
14	14. EJECUTÉ (78) ACCIONES EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES INFORMATIVAS, EDUCATIVAS Y DE SENSIBILIZACION DIRIGIDAS A USUARIOS, FAMILIAS, FUNCIONARIOS DE PLANTA, COLABORADORES Y PERSONAL TERCERIZADO, ORIENTADAS A LA APROPIACION DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
15	15. REALICÉ (25) REGISTROS DE MANERA OPORTUNA Y COMPLETA LA INFORMACION EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL SI CUENTANOS, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DEFINIDOS POR LA SUBRED.
16	16. GARANTICÉ LA RESERVA, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y PROTECCION DE LOS DATOS PERSONALES E INFORMACION DE LOS PACIENTES Y USUARIOS, DANDO CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LOS PROTOCOLOS INTERNOS DE LA SUBRED.
17	17. PARTICIPÉ EN (3) REUNIONES, ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES CONVOCADAS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y/O POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
18	18. APOYÉ LOS SUBPROCESOS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO Y EN CONCORDANCIA CON EL OBJETO CONTRACTUAL.
19	19. CUMPLÍ CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DENTRO DE LOS TIEMPOS Y CONDICIONES REQUERIDOS, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED, CONFORME AL PERFIL DEFINIDO.
20	20. PORTÉ DE MANERA VISIBLE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACION INSTITUCIONAL Y MANTENER UNA ADECUADA PRESENTACION PERSONAL, EN CUMPLIMIENTO DE LOS MANUALES Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.
21	21. CUMPLÍ LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 95069543	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.	
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN* *PS_1904_2026_F39B5F* **ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN** **CC: 1031157694**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1904_2026_F39B5F* **WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1904_2026_F39B5F* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	1031157694	ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN	Diagonal 54 C sur # 3 - 05	3118565847	angelafontecha148@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
		95069543	09/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	1031157694	ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN	Diagonal 54 C sur # 3 - 05	3118565847	angelafontecha148@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
		95069543	09/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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	Excarcelado	IND	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 1031157694	FONTECHA BARRAGAN ANGELA GISELLA	59	0			N																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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