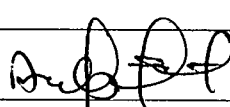
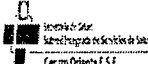
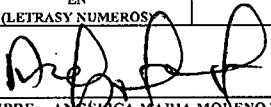
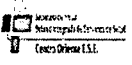
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-IT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANGELICA MARIA MORENO TORRES			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		39.579.680	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5193 2024	FECHA INICIO CONTRATO
		24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	6.970.808	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
			UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	8.539.240	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
			\$ 1.568.432
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	44719
		Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	I	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
		I	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$	1.568.432	CRP DE LA ADICIÓN:
		4053	49658
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
			X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:		
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	SE REALIZA SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PRODUCTOS DEL INFORME MENSUAL (PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN), ACORDE AL CONVENIO ESTABLECIDO PARA EL CONVENIO MÁS BIENESTAR. SEGUIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PRODUCTOS ACORDE AL PLAN PROGRAMÁTICO PRESUPUESTAL, VS TALENTO HUMANO DEL MODELO MÁS BIENESTAR, VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, PROYECCIÓN DE TALENTO HUMANO DEL MODELO, SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS EQUIPOS OPERATIVOS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS, SEGUIMIENTO A INDICADORES, ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS DESDE LA SDS, GESTIÓN DE INSUMOS.		
2	VERIFICAR CRONOGRAMAS DEL TALENTO HUMANO , CON EL CORRESPONDIENTE AJUSTE DE SUS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES, ASÍ COMO CONTRASTAR CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES. CONSOLIDACIÓN DE CRONOGRAMAS.		
3	SEGUIMIENTO SEMANAL Y ACTUALIZACIÓN DE TABLERO DE CONTROL DE PRODUCTIVIDAD Y PRECRÍTICA A LOS PRODUCTOS PRESENTADOS POR EL TALENTO HUMANO ASIGNADO.		
4	PARTICIPACIÓN ACTIVA Y RESPUESTA OPORTUNA A LAS CONTINGENCIAS PRESENTADAS DESDE LA SDS CON LA POBLACIÓN VULNERABLE		
5	DIRECCIONAMIENTO TÉCNICO AL EQUIPO DE PROFESIONALES ASIGNADOS EN EL ACCIONAR ACORDE A LOS LINEAMIENTOS DE LAS ACCIONES A DESARROLLAR EN EL MODELO; DE LA MISMA FORMA REALIZAR APROPIACIÓN DE MANUALES OPERATIVOS Y FICHAS TÉCNICAS PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO.		
6	REALIZAR SEGUIMIENTO, VALIDACIÓN DE CALIDAD Y DEPURACIÓN DE BASES DE DATOS Y HERRAMIENTAS QUE PERMITAN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANÁLISIS MENSUALES CON LOS DATOS GENERADOS DESDE LAS BASES DE DATOS QUE PERMITEN APORTAR A LA TOMA DE DECISIONES ANÁLISIS DE LOS INDICADORES Y RESULTADOS DEL MODELO.		
7	REALIZAR PRECRÍTICA A LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD EN EL ENVÍO DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS. ENVÍO OPORTUNO DEL PROCESO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA A LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS.		
8	PARTICIPACIÓN EN LOS DIFERENTES ESPACIOS CONVOCADOS DESDE EL NIVEL CENTRAL PARA FORTALECIMIENTO Y LÍNEA TÉCNICA QUE APORTEN AL DESARROLLO DE LA OPERACIÓN DEL MODELO.		
9	REALIZAR GESTIÓN DOCUMENTAL A LOS SOPORTES DE LOS PRODUCTOS CORRESPONDIENTES AL PROCESO Y ESTA LLEVARLA A CABO ACORDE A LA NORMATIVIDAD INSTITUCIONAL.		
10	REALIZAR SEGUIMIENTO, VALIDACIÓN DE CALIDAD Y DEPURACIÓN DE BASES DE DATOS Y HERRAMIENTAS QUE PERMITAN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANÁLISIS MENSUALES, CONSOLIDAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDAD DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS DESARROLLADOS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	82393775	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	09/12/24	261.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09/12/24	334.700
RIFSGOS LABORALES:	SURA	09/12/24	51.000
OTRO	N/A		
TOTAL PAGADO			647.200
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, 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 periodo correspondiente			
 ANGELICA MARIA MORENO TORRES NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 39.579.680 CEL: 3202327701			

		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: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:		ANGELICA MARIA MORENO TORRES		CC:	39.579.680
CORREO ELECTRÓNICO:		amorenortorres3@gmail.com		RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 18 86 55		TELÉFONO:	3202327701
				CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				(X)	
SI tomaré costos y deducciones				()	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		#N/A		TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)				N° CUENTA:	570004870379304
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5193 2024	N° CDP:	4053	N° RP:	49658
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/12/2024	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: S 8.539.240
PERIODO OBJETO DE COBRO: 01/12/2024 AL 09/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		S 1.568.432 UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE			
					
NOMBRE: ANGELICA MARIA MORENO TORRES CC 39.579.680 CEL 3202327701					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16																									
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y																													
NOMBRE DEL CONTRATISTA			ANGELICA MARIA MORENO TORRES																										
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			39.579.680																										
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																													
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR																											
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5193 2024		24/10/2024																									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808																											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.539.240		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.568.432																									
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		Nº CRP INICIAL: 44719 / Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO: 3662																									
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DÍAS																											
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		82393775		OPERADOR: MI PLANILLA																									
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD																											
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO																											
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05																											
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES																													
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (1)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):																									
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		ADICION (1) PRORROGA (1)																									
CDP DE LA ADICIÓN:		4053		CRP DE LA ADICIÓN: 49658																									
TIEMPO PRORROGADO:		(9) NUEVE DIAS																											
III. POLIZAS (SI APLICA)																													
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO																									
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:																											
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:																											
IV. 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.																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿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 Lcy 789 dc 2002?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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 Lcy 789 dc 2002?	X		5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	
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 Lcy 789 dc 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/12/2024 AL 09/12/2024																													
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05																											
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SANTIAGO SERRANO ROJAS PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR																											

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	39579680	ANGELICA MARIA MORENO TORRES		CRA 13 24 SUR 62	3202327701	amorenortorres3@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82393775	\$647.200

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	261.500	0		0		0	0	0	0	261.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	334.700	0	0	0	0	0	0		334.700	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	51.000				51.000	0	0	51.000			510	51.000	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	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	261.500	261.500
Pensión	1	334.700	334.700
Riesgos Laborales	1	51.000	51.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	647.200	647.200

5143

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39579680	ANGELICA MARIA MORENO TORRES		CRA 13 24 SUR 62	3202327701	amorenotorres3@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82393775	\$647.200

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES											PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cédulas	Bautismo	Extranjero	Cédula extranjería	Extranjero	ING	RET	TVE	TVE	TVE	TVE	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC	UPC		
1	CC	39579680	MORENO TORRES ANGELICA MARIA	59	0			N																																	
																																				</					

PAGADA