Bogotá, D.C. 26 de febrero de 2018

Destino: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
No. 20182000134182
Fecha Radicado 2018-02-27 10:12:51
Anexos: 7 ANEXOS

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUA
Dependencia
Subdirección Abastecimiento y Servicios Generales
Ciudad

Destino: SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
No. 20182000134122
Fecha Radicado 2018-02-27 10:08:38
Anexos: 7 ANEXOS.

Asunto: Oficio Remisorio cuenta de cobro feb

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES, identificada como aparece al pie de mi firma, con número de contrato 089 del año 2018, que de acuerdo con la cláusula segunda se estableció el objeto del contrato de la siguiente manera: "Se requiere contratar los servicios de profesionales expertos en análisis de métodos técnicos probatorios especializados en Lafoscopia – dactiloscopia.".." y en cumplimiento de la directriz de la circular 003 de 2018, me permito allegar los documentos indicados, para el pago de mis honorarios del mes de **Febrero** del año en curso, de conformidad con lo establecido por la cláusula octava del contrato, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar, relacionado en el siguiente orden:

* Certificado original de cumplimiento y recibo a satisfacción del bien y/o servicio contratado
* G3.2. F09 Informe de ejecución contractual
*Copia de la cuenta de cobro
* Copia comprobante de pago de seguridad social y aportes parafiscales
* Solicitud disminución en la base de la retención en la fuente

Cordialmente

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES
Contratista Oficina Asesora Jurídica
C.C. 51.899.799

TODOS POR UN NUEVO PAÍS	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN O SERVICIO CONTRATADO	Código: G3-FT001 Versión: 1 Página 1 de 1

En ejercicio del control de ejecución, certifico el cumplimiento del objeto y obligación con corte a la fecha de certificación, del siguiente contrato: **Nota (si los datos NO son correctos o NO están diligenciados en su totalidad, NO se puede radicar la cuenta en la Subdirección Financiera y Contable).**	**Fecha de certificación:** **26/02/2018**

Contrato No:	89	**Fecha de contrato:**	**04/01/2018**			**Nombre de Contratista**	**LUZ MERLY ACEVEDO CORTES**		
No. de factura o documento equivalente:	1	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	x	**NIT / C.C contratista:**	**51.899.799.**	
Comprobante de ingreso a almacén No:		**Pago número:**	1				**Periodo a pagar:**	**DE:** 01/02/2018	**A:** 28/02/2018

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS* (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas):

***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

Actividades del mes:

1.Durante el mes de febrero se recibieron diversas solicitudes de verificación de identidad, correspondientes a las pruebas VG 2017, AC 2017, para lo cual se aportó la correspondiente impresión dactilar electrónica y copia del documento de identidad aportados por los examinandos al ICFES; documentos con los cuales se realiza la comparación y se procede a realizar los informes individuales y el informe general consolidado mediante planilla Excel. Total 29 cotejos.
2.Durante el mes de febrero igualmente se recibió solicitudes de verificación correspondientes a las pruebas EK-2016-3 y TYT -2017, aportando las actas físicas y copia magnética de documentos de identidad, se procede al escaneo de las actas físicas, se realizan las fichas técnicas de verificación individual con los resultados de los análisis y se procede a realizar las carpetas correspondientes y hacer informe general de resultado mediante consolidado en planilla Excel. Total 244 cotejos
3.
4.
5.
6.
7.
8.

ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:

1. Que los productos y/o servicios relacionados se recibieron a satisfacción, se realizaron durante el periodo referido, y se encuentran detallados en el informe presentado por el contratista, el cual reposa en la carpeta de supervisión del contrato.

2. Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.

3.Que recibido el bien o servicio a satisfacción considero procedente que se realice el desembolso o pago y se da el visto bueno correspondiente.

Código Centro de Costo	Nombre Centro de Costo*	Monto a Pagar
CCAG03	Oficina Jurídica	$ 2.111.655.
Tipo de moneda	**Pesos colombianos** / **Total (valor a Pagar)**	**$ 2.111.655.**

**Para la asignación y/o distribución del (los) Centro (s) de costos del sistema de costeo ABC del Instituto por favor tener en cuenta el instructivo G6.3.A01 "Determinación de centros de Costos"*

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**MARTHA BIVIANA LOZANO MEDINA**
FIRMA:	
CARGO:	**JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA**

Con fundamento en lo establecido en el artículo 4 de la Ley 80 de 1993, y los artículos 82, 83,84 y 85 de la Ley 1474 de 2011 y lo establecido por la Resolución 000474 de 2015, se procede a dar a informe de ejecución del contrato No. _089_, como sustento de la certificación de cumplimiento que fundamenta el pago a efectuar.

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

CONTRATISTA:	LUZ MERLY ACEVEDO CORTES			**C.C. / C.E. No.:**	51.899.799.	
PERÍODO DEL INFORME:	**Desde**	01/02/2018	**Hasta**	28/02/2018	**INFORME No.:**	**01**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contrato N°	089	**Fecha de inicio**	05/01/2018	**Fecha de terminación**	31/12/2018
Objeto del Contrato: *De conformidad con la cláusula* ***segunda****, el objeto del contrato se estableció de la siguiente manera:* **"Se requiere contratar los servicios de profesionales expertos en análisis de métodos técnicos probatorios especializados en Lafoscopia – dactiloscopia.".**					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: *Conforme a la cláusula* ***SEXTA*** *del contrato, el valor del mismo fue por la suma de* Veinte millones de pesos m/cte ($20.000.000).			***VALOR EJECUTADO A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME:*** *El valor ejecutado fue por la suma de* **($00.0)**.		
SALDO DEL CONTRATO: *el valor del contrato es* ***($20.000.000)***			***PLAZO DE EJECUCIÓN:*** *De acuerdo a la cláusula* ***NOVENA*** *del contrato, el plazo del mismo se pactó hasta el 31 de marzo de 2018, contados a partir de la fecha suscripción del acta de inicio; o hasta el agotamiento de los recursos.*		
DESARROLLO DEL CONTRATO:	***El objeto del contrato se ha venido desarrollando de la siguiente manera:*** • *El* ***05*** *de* ***01*** *de* ***2018*** *se suscribió el contrato entre las partes contratantes.* • *El 05 de 01 de 2018 se firmó el acta de inicio del contrato, en su calidad de supervisor del contrato No. 089.* • *Que se ejecutó, adicionó o prorrogó el contrato.* ***N/A***				

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

FORMA DE PAGO:	***De conformidad con lo establecido por la cláusula*** Octava ***del contrato, la forma de pago se indicó de la siguiente manera:*** "EL ICFES cancelará al contratista el valor del contrato así: Pagos mensuales correspondientes a la sumatoria de los análisis individuales cuyo costo se estableció en siete mil setecientos treinta y cinco pesos m/cte. ($7.735), por cada cotejo realizado con su respectivo informe".

***PAGOS QUE SE HAN EFECTUADO A LA FECHA**: En virtud de lo anterior, dicho contrato en el aspecto financiero se ejecuta de la siguiente manera:*

No. cuenta de cobro	Fecha cuenta de cobro	Concepto	Valor

PAGO QUE SE EFECTUA A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	X											

4. DETALLE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

No.	ACTIVIDADES EJECUTADAS	porcentaje de ejecución
1	**Durante el mes de febrero se recibieron diversas solicitudes de verificación de identidad, correspondientes a las pruebas VG 2017, AC 2017, para lo cual se aportó la correspondiente impresión dactilar electrónica y copia del documento de identidad aportados por los examinandos al ICFES; documentos con los cuales se realiza la comparación y se procede a realizar los informes individuales y el informe general consolidado mediante planilla Excel. Total 29 cotejos.**	**100%**
2	**Durante el mes de febrero igualmente se recibió solicitudes de verificación correspondientes a las pruebas EK-2016-3 y TYT -2017, aportando las actas físicas y copia magnética de documentos de identidad, se procede al escaneo de las actas físicas, se realizan las fichas técnicas de verificación individual con los resultados de los análisis y se procede a realizar las carpetas correspondientes y hacer informe general de resultado mediante consolidado en planilla Excel. Total 244 cotejos**	**100%**
3		**100%**
4		**100%**
5		**100%**
6		**100%**

7		**100%**
8		**100%**
9		**100%**
10		**100%**
11		**100%**

5. PRODUCTOS ENTREGADOS (En caso de haber sido pactados)

1	**Planillas de informe general consolidado, correspondientes a las pruebas VG 2017,AC 2017 y EK-2016-3 y TYT -2017**
2	**Informes individuales de resultado y fichas técnicas de verificación individual pruebas y EK-2016-3 y TYT -2017**

6. **CONSTANCIAS**

El supervisor o interventor Martha Biviana Lozano Medina acreditó que el contrato se ejecutó en el porcentaje correspondiente a satisfacción, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones pactadas en el mismo, y no se le impusieron multas.

Martha Biviana Lozano Medina, en su calidad de supervisor del contrato deja constancia que en el marco de lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista ha dado cumplimiento a los pagos por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje según corresponda,

7. OBSERVACIONES

(Relacionar las mejoras o dificultades presentadas en la ejecución del contrato, así como el concepto del supervisor sobre el contratista)

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el (26) de (02) de (2018)

Luz Merly Acevedo cortes	Martha Biviana Lozano Medina	Martha Biviana Lozano Medina
Elaboró	Revisó	Aprobó

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARALA EVALUACION DE LA EDUCACION ICFES

DEBE A:

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES
C.C. 51.899.799. De Bogotá

La suma de DOS MILLONES CIENTO ONCE MIL SEICIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS **($2.111.655.)** por concepto de pago del mes de febrero de 2018, correspondientes a las actividades de verificación de identidad con las actas de examinandos, como consta en el contrato de prestación de servicios 089 del 05 de enero de 2018 según lo previsto en la forma de pago del mismo.

Por lo anterior solicito que dicho valor sea consignado en la cuenta de ahorros a mi nombre del Banco BBVA con No **691051874.**

Se firma a los 26 días del mes de febrero de 2018

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES
C.C. 51.899. 799. Bogota.

Bogotá D.C., 26 de febrero de 2018

Señores
Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES
Subdirección Financiera y Contable
Ciudad

Asunto: Solicitud disminuciones en la base de la retención en la fuente de la cuenta del mes de febrero de 2018.

De acuerdo en el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, y al parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, informo que no tengo trabajadores a cargo y solicito la aplicación de la tabla del artículo 383 del Estatuto Tributario para la retención en la fuente como independiente por rentas de trabajo.

Conforme con los decretos 4713 de 2005, 2271 de 2009; la Ley 1819 del 2016 y demás normas concordantes y complementarias, les solicito tener en cuenta las disminuciones de mi base de retención así:

1. Bajo la gravedad de juramento certifico que en la **COPIA** de la planilla de aportes a seguridad social y ARL - PILA fue descargada directamente de la página web y que anexo, del mes febrero, se incluyeron los devengos que obtuve del ICFES por el mismo período. (Artículo 4 Decreto Regulatorio 2271 del 2009).

Cordialmente,

LUZ MERLY ACEVEDO CORTES
C.C. 51.899.799

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **LUZ MERLY ACEVEDO CORTES**, identificada con **CC** número **51899799**, aportó por el empleado **LUZ MERLY ACEVEDO CORTES**, identificado(a) con **CC** número **51899799** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8325815938** para el periodo de salud **2018-02** y pensiones **2018-02** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	0															0		30	$781.242		$125.000	$0	$0	Febrero - 2018	8325815938	26/02/2018	N
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fliar	59	0															0		30	$781.242		$15.700	$0	$0	Febrero - 2018	8325815938	26/02/2018	N
EPS008	Compensar EPS	59	0															0		30	$781.242		$97.700	$0	$0	Febrero - 2018	8325815938	26/02/2018	N
14-18	Liberty Seguros de Vida	59	0															0		30	$781.242		$8.200	$0	$0	Febrero - 2018	8325815938	26/02/2018	N

El presente certificado se expide a los 2 dias del mes Marzo de 2018

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

ISO / IEC 27001 icontec internacional

Certificado N° SI 005-1

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **LUZ MERLY ACEVEDO CORTES**, identificada con **CC** número **51899799**, aportó por el empleado **LUZ MERLY ACEVEDO CORTES**, identificado(a) con **CC** número **51899799** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **N** número **25965264** para el periodo de salud **2018-02** y pensiones **2018-02** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXTENSIÓN
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	0															0	A	30	($781.242)		($125.000)	$0	$0	Febrero - 2018	25965264	01/03/2018	N
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	0								X							0	C	30	$844.111		$135.100	$0	$0	Febrero - 2018	25965264	01/03/2018	N
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fliar	59	0															0	A	30	($781.242)		($15.700)	$0	$0	Febrero - 2018	25965264	01/03/2018	N
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fliar	59	0								X							0	C	30	$844.111		$16.900	$0	$0	Febrero - 2018	25965264	01/03/2018	N
EPS008	Compensar EPS	59	0															0	A	30	($781.242)		($97.700)	$0	$0	Febrero - 2018	25965264	01/03/2018	N
EPS008	Compensar EPS	59	0								X							0	C	30	$844.111		$105.600	$0	$0	Febrero - 2018	25965264	01/03/2018	N
14-18	Liberty Seguros de Vida	59	0															0	A	30	($781.242)		($8.200)	$0	$0	Febrero - 2018	25965264	01/03/2018	N
14-18	Liberty Seguros de Vida	59	0								X							0	C	30	$844.111		$8.900	$0	$0	Febrero - 2018	25965264	01/03/2018	N

El presente certificado se expide a los 2 dias del mes Marzo de 2018

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

ISO / IEC 27001 icontec

Certificado N° SI 005-1

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	51899799	LUZ MERLY ACEVEDO CORTES		CALLE 3 # 38 90 INT 1 APTO 407	6058145	kevinsol58@yahoo.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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	N	01/03/2018	25965264	$20.300

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	7.900	0		0		0	7	100	0	8.000	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	10.100	0	0	0	0	7	100	0	10.200	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										
14-18	Lib Seg. De Vida	860008645-7	700				700	7	100	800			7	800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.200	7	100	1.300	1

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	7.900	8.000
Pensión	1	10.100	10.200
Riesgos Laborales	1	700	800
CCF	1	1.200	1.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	19.900	20.300

PAGADA
25965264

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	51899799	LUZ MERLY ACEVEDO CORTES		CALLE 3 # 38 90 INT 1 APTO 407	6058145	kevinsol58@yahoo.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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	N	01/03/2018	25965264	$20.300

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	Sucursal	RIO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONMUTACIÓN	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	51899799	ACEVEDO CORTES LUZ MERLY	59	0			N								X									25-14	844.111	135.100	0	0	0	0	EPS008	844.111	105.600	14-18	844.111	2	8.900	CCF24	844.111	16.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Señor(a): LUZ MERLY ACEVEDO CORTES
No. Identificación: CC 51899799
Dirección: CALLE 3 # 38 90 INT 1 APTO 407
Teléfono: 6058145 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325815938

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LUZ MERLY ACEVEDO CORTES
Tipo y Número de Identificacion	CC 51899799
Número Planilla	8325815938
Fecha de Pago	2/26/2018
Número de Autorización de Pago	1000000234
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Febrero 2018
Periodo Cotización Pensión	Febrero 2018
Periodo Cotización Caja	Febrero 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$247.700
Total interés Mora	$1.100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-18	Liberty Seguros de Vida	$8.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$125.500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar	$15.800	1
EPS008	Compensar EPS	$98.100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51899799
APELLIDOS Y NOMBRES ACEVEDO CORTES LUZ MERLY

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	0	781.242	781.242	781.242	781.242	97.700	125.000	8.200	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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