| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 5 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 16/02/2018 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MEDINA RODRIGUEZ JESSICA MARIA | | 206810 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1095510590 |
| CORREO | jmedinar123456@gmail.com | CELULAR | null |
| PROCESO: | Facturacion | | |
| SERVICIO: | Facturacion | UNIDAD: | Suba |

| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | A00 | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 451800102936 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4730-2022 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1437 | FECHA | 31/05/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 21161 | FECHA | 03/06/2022 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO V | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 01 | 06 | 2022 | | 30 | 06 | 2022 | |
| TIPO SERVICIOS | Administrativo | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | | |
| VALOR MES | 1,640,706 | VALOR LETRAS | | | | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

## CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 1,640,706 |
| VALOR EJECUTADO: | 273,451 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 273,451 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 31 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 1,367,255 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 16.67 % |

## El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 59494147 | 125,000 | 160,000 | 3 | 24,400 | 20,000 | 329,400 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

Se realiza descuento de 155 horas por incapacidad dedede el 06 al 14 de junio 2022 Y del 16 al 30 de junio - SE CERTIFICA DESDE EL 03 DE JUNIO DE 2022

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Junio 2022

| MANRIQUE LADINO OSCAR JAVIER | MEDINA RODRIGUEZ JESSICA MARIA |
|---|---|
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

| | | |
|---|---|---|
| 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-50-03 |
| | | VERSIÓN: 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA : 1 DE 1 |
| | | FECHA: 19/05/2022 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURACIÓN** | | | **UNIDAD:** | | | | |
| **No. DE CONTRATO: 4730-2022** | **PERIODO CERTIFICADO** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: MANRIQUE LADINO OSCAR JAVIER** | | **1** | **06** | **2022** | **30** | **6** | **2022** |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA: JESSICA MARIA MEDINA RODRIGUEZ** | **DOCUMENTO: 1,095,510,590** | | | | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como FACTURADOR CONSULTA EXTERNA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.**

**TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): _100 %___**

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 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. | 1. Aportar al mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 2.Contribuir con el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional.3.Aportar lo necesario para la implementación y mantenimiento del Sistema Único de acreditación.4. Asistencia a capacitaciones previstas por la Subred. 5.Ingreso de información confiable al Sistema de información. |
| 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. | 1.Adoptar las acciones necesarias para minimizar los riesgos dentro del proceso de la facturación que afecten las finanzas de la Institución 2.Brindar una atención calida, respetuosa y enmarcada en la humanización de nuestro proceso 3. Manejo apropiado del sistema de información. 4.Ingreso y registro de información confiable al sistema de información |
| 3.verificación de estado de afiliación de los usuarios en los diferente aplicativos (Fosyga, comprobador de derechos de la SDS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros. | verificación de estado de afiliación de los usuarios en bases de datos de la secretaria de salud |
| 4.• Realizar el ingreso de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y verificar y registrar la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en la factura correspondiente. | Ingreso de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos, verificacion y registro de la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago |
| 5.• Registrar diariamente en el sistema de información los servicios prestados a los usuarios, previa verificación de los soportes de la atención e informando oportunamente las inconsistencias encontradas. | Registro diario en el sistema de información de los servicios prestados a los usuarios, previa verificación de los soportes de la atención e informe oportuno de las inconsistencias encontradas. |
| 6.• Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados. | Generacion de la factura con todos los cargos de los servicios prestados al paciente, al momento de su egreso |
| 7• Generar los cortes de factura y división de la misma en caso de ser requerido por cambio de pagador, | Cortes de factura y división de la misma en caso de ser requerido por cambio de pagador. |
| 8. Generar corte de cuenta y cerrar la factura de capitación cuando al paciente se le defina la conducta. | Corte de cuenta y cierre de la factura de capitación cuando al paciente se le defina la conducta. |
| 9. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización, | Notificacion de los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización, |
| 10. Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario. | Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario. |
| 11. Recaudar valor de los copagos y/o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y Resolución 5592 de 2015 | Recaudo de los copagos y/o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y Resolución 5592 de 2015 |
| 12. Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000. | Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000 |
| 13. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal. | Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal |
| 14. Entrega diaria de facturas de manera organizada en la central de cuentas, armado de cuentas del Fondo Financiero Distrital de Salud y FOSYGA con reporte del sistema "factura por usuario detallado". | Entrega diaria de facturas de manera organizada en la central de cuentas, armado de cuentas del Fondo Financiero Distrital de Salud y FOSYGA con reporte del sistema "factura por usuario detallado". |
| 15. Reportar al Técnico delegado las facturas objeto de anulación con la causal | Reporte de las facturas objeto de anulación con la respectiva causal |
| 16.Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera. | Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera |
| 17. Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS. | Demas actividades consignadas en el contrato por OPS |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($273,451) doscientos setenta y tres mil cuatrocientos cincuenta y uno PESOS M/TE**

| | |
|---|---|
| _____<br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JESSICA MARIA MEDINA<br>CC: 1095510590 | Fecha : __30___/___06__/_2022_<br>Firma de recibido supervisor_____<br>DR. OSCAR JAVIER MANRIQUE LADINO<br>DIRECTOR FINANCIERO |

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 | 1095510590 | JESSICA MARIA MEDINA RODRIGUEZ | | CL 15 62 58 | 3188556512 | jmedinar123456@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| LNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-05 | 2022-05 | I | 08/06/2022 | 69494147 | $329.400 | |

## 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 | 125.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 125.000 | 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 |
| 23030I | Porvenir | 800224808-8 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 160.000 | 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 | 24.400 | | | | 24.400 | 0 | 0 | 24.400 | | | 244 | 24.400 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 20.000 | 0 | 0 | 20.000 | 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 | 125.000 | 125.000 |
| Pensión | 1 | 160.000 | 160.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 24.400 | 24.400 |
| CCF | 1 | 20.000 | 20.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 329.400 | 329.400 |

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 | 1095510590 | JESSICA MARIA MEDINA RODRIGUEZ | | CL 15 62 58 | 3188656512 | jmedinar123456@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2022-05 | 2022-05 | I | 08/06/2022 | 59494147 | $329.400 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACION NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colegio | Tr. Inter. | Extranjero | Cotiza Exterior | Extranjero | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | COMENTARIOS | 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 | 1095510590 | MEDINA RODRIGUEZ JESSICA MARIA | 13 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.000.000 | 125.000 | 14-23 | 1.000.000 | 3 | 24.400 | CCF24 | 1.000.000 | 28.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Periodo: Junio 2022

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

| Nro. Contrato | Tipo Documen | Documento | Contratista | Cargo | Centro Costos | Dias | Hora1 | Hora2 | Event o1 | Event o2 | Valor Certificado | Saldo | Factura | Orden Pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4716-2022 | Cedula | 1051474050 | HERRERA GUTIERREZ MARTHA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 198 | 0 | | | 2,004,156 | 0 | | SI |
| 4717-2022 | Cedula | 1233490278 | DIAZ GARCIA BRAYAN LEONARDO | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 195 | 0 | | | 1,973,790 | 0 | | SI |
| 4718-2022 | Cedula | 1030668692 | RINCON FONSECA LINA GABRIELA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 288 | 0 | | | 2,915,136 | 121,464 | | SI |
| 4719-2022 | Cedula | 1019118879 | GUZMAN TORRES | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,882,692 | 0 | | SI |
| 4720-2022 | Cedula | 1019029538 | TORRES ESLAVA SILVIA JULIANA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,882,692 | 0 | | SI |
| 4721-2022 | Cedula | 1014250327 | RODRIGUEZ NARANJO LORAINE MARITZA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,882,692 | 0 | | SI |
| 4723-2022 | Cedula | 1233898024 | POVEDA PINEDA HECTOR JOSE | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4725-2022 | Cedula | 1022418315 | MORALES RODRIGUEZ EVELYN YURANI | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 178 | 0 | | | 1,570,138 | 70,568 | | SI |
| 4726-2022 | Cedula | 80114594 | BAQUERO VANEGAS WILLIAM FERNANDO | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 178 | 0 | | | 1,570,138 | 70,568 | | SI |
| 4727-2022 | Cedula | 79160498 | BASILIO FELIX MENDEZ | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4728-2022 | Cedula | 51868864 | CAMACHO RODRIGUEZ ANA FIDELIGNA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4729-2022 | Cedula | 20689027 | MARTINEZ MUÑOZ ROSALINDA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4730-2022 | Cedula | 1095510590 | MEDINA RODRIGUEZ JESSICA MARIA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 31 | 0 | | | 273,451 | 1,367,255 | | SI |
| 4732-2022 | Cedula | 80763507 | MORA TENGONO JAMES BRAIN | TECNOLOGO ADMINISTRATIVO | A00 | 30 | | | | | 2,830,176 | 0 | | SI |
| 4734-2022 | Cedula | 1012431795 | TAPIERO TAPIA LINA MARCELA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 56 | 0 | | | 566,832 | 1,315,860 | | SI |
| 4737-2022 | Cedula | 1233689718 | NAVARRO NIÑO JEIMMY GERALDINE | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 204 | 0 | | | 2,064,888 | 182,196 | | SI |

MANRIQUE LADINO OSCAR JAVIER
79784511
Supervisor
06/07/2022 09.50.39