| 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: | SALAZAR PERAZA JHONATAN DAVID | | 212539 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1000623666 |
| CORREO | jhonatadavidsp13@gmail. | CELULAR | 3197215668 |
| 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 | 28 | TIPO CUENTA | SIN CUENTA |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 0 | | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4751-2022 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1437 | FECHA | 31/05/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 20916 | FECHA | 01/06/2022 | |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 1670 | FECHA | 23/05/2022 | NÚMERO DE CRP: 2 | 26696 | FECHA | 23/06/2022 | |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 1868 | FECHA | 11/07/2022 | NÚMERO DE CRP: 3 | 29077 | FECHA | 12/07/2022 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO V | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | | 01 | 07 | 2022 | | 31 | 07 | 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: | 3,784,209 |
| VALOR EJECUTADO: | 3,784,209 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 1,640,706 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 100.00 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 60309166 | 125,000 | 160,000 | 3 | 24,400 | 20,000 | 329,400 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

PAGO DE HONORARIOS JULIO

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 Julio 2022

MANRIQUE LADINO OSCAR JAVIER
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SALAZAR PERAZA JHONATAN DAVID
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:** | | **SUBA** | |
| **No. DE CONTRATO: 4751-2022** | **PERIODO CERTIFICADO** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: MANRIQUE LADINO OSCAR JAVIER** | | 1 | 07 | 2022 | 31 | 7 | 2022 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHONATAN DAVID SALAZAR PERAZA** | **DOCUMENTO: 1000623666** | | | | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios profesionales y de apoyo a la gestión como FACTURADOR URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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 mantenimeinto 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 implementacion y mantenimiento del sistema Unico de acreditación. 4. Aisitencia a capacitaciones previstas por la Subred. 5. Ingreso de informacion confiable al sistema de infromación. |
| 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 facturación que afecten las finanzas de la Institución. 2. Brindar una atencion calida, respetusa y enmracda en la humanización de nuestro proceso. 3. Manejo apropiado del sistema de información. 4. Ingreso y registro de informacion confiable al sistema de infromación. |
| 1.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 |
| 2.Realizar la admisión 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 |
| 3.Asignar citas y facturar las actividades por prestación de servicios de salud a los usuarios en los distintos servicios y/o puntos de atención de la Subred. | facturar las actividades por prestacion de servicio de salud en los diferentes puntos de la subred |
| 4. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización, identificación o documentación de los pacientes según sea el caso al área de trabajo social, según formato. | notificacion de las incosistencias presentadas por pacientes particulares, suspendidoso con irregularidad en la afiliacion y autorizacion o documento |
| 5.Verificar la correcta admisión del paciente Solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario. | verificacion de la admicion del paciente solicitando los ajustes cuando se requiera |
| 6. Hacer firmar factura de venta al usuario y definir línea de pago | se genera factura en linea de pago correspondiente y su respectiva firma de usuario y funcionario |
| 7. 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 | se recauda copago y cuota de recuperacion conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y resolución 5592 de 2015 |
| 8. Soporta 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 |
| 9. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal | Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal |
| 10. 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". |
| 11. Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera | Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera |
| 12. Reportar al Tecnico delegado las facturas objeto de anulación con la causal | reportar al tecnico delegado las facturas objeto de anulacion y causal |
| 13Elaborar los reportes de facturación del área asignada. | elaborar los reportes de facturacion del area asignada |
| 14. Generar la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados. | Generar la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados. |
| 15. Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS | Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): (1.640,706) UN MILLLON SEISCIENTOS CUARENTA MIL SETECIENTOS SEIS PESOS M/CTE ($)**

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHONATAN DAVID SALAZAR PERAZA
CC: 1000623666

Fecha : 31/07/2022

Firma de recibido supervisor: _____
OSCAR JAVIER MANRIQUE LADINO
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 | 1000623666 | JHONATAN DAVID SALAZAR PERAZA | CALLE 49#15-68 | 7711020 | JHONATANDAVIDSP13@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 |
| 2022-06 | 2022-06 | I | 15/07/2022 | 60309166 | $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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 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 |
| CC | 1000623666 | JHONATAN DAVID SALAZAR PERAZA | | CALLE 49#15-68 | 7711020 | JHONATANDAVIDSP13@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 |
|---|
| 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 |
| 2022-06 | 2022-06 | I | 15/07/2022 | 60309166 | $329.400 |

## 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 | Estudiante | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 | 1000623666 | SALAZAR PERAZA JHONATAN DAVID | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | 230301 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.000.000 | 125.000 | 14-11 | 1.000.000 | 3 | 24.400 | CCF22 | 1.000.000 | 20.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Periodo: Julio 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4747-2022 | Cedula | 39790441 | SANCHEZ AROS MARIA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4748-2022 | Cedula | 1030569378 | SANGUINO AGUDELO EDGAR ALBERTO | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4749-2022 | Cedula | 1020783107 | TORRES ACOSTA WENDY DAYANA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4750-2022 | Cedula | 52418045 | VANEGAS DAZA MARIA DE LA CRUZ | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4751-2022 | Cedula | 1000623666 | SALAZAR PERAZA JHONATAN DAVID | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4752-2022 | Cedula | 11524385 | GARZON ORJUELA VICTOR JAVIER | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,882,692 | 0 | | SI |
| 4753-2022 | Cedula | 39640155 | SARMIENTO GONZALEZ ADRIANA JANETH | TECNICO ADMINISTRATIVO | A00 | 30 | | | | | 2,360,898 | 0 | | SI |
| 4754-2022 | Cedula | 79493406 | JARAMILLO ENRIQUEZ FABIAN | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 198 | 0 | | | 2,004,156 | 0 | | SI |
| 4755-2022 | Cedula | 1007366765 | CABRERA ZABALA ANGIE CAMILA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 264 | 0 | | | 2,672,208 | 60,732 | | SI |
| 4756-2022 | Cedula | 1031161180 | BALLEN PERDOMO ANGIE PAOLA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 210 | 0 | | | 2,125,620 | 0 | | SI |
| 4757-2022 | Cedula | 1019122346 | JIMENEZ TORRES DANIEL STEVEN | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 222 | 0 | | | 2,247,084 | 0 | | SI |
| 4759-2022 | Cedula | 1030520478 | SANCHEZ SILVA MICHAEL STITH | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4760-2022 | Cedula | 1054800289 | SIATAME SUAREZ SANDRA MILENA | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4761-2022 | Cedula | 52819677 | BELLO CASTAÑEDA | TECNICO ADMINISTRATIVO | A00 | 30 | | | | | 2,360,898 | 0 | | SI |
| 4762-2022 | Cedula | 1010004405 | FORBES BRAVO FRANK | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 186 | 0 | | | 1,640,706 | 0 | | SI |
| 4763-2022 | Cedula | 1010114691 | ORTIZ TIBADUIZA JHONATAN GERMAN | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | A00 | | 243 | 0 | | | 2,459,646 | 0 | | SI |

MANRIQUE LADINO OSCAR JAVIER
79784511
Supervisor
29/07/2022 10.57.16