Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	46358123							
CORREO ELECTRONICO:	cricobayona@gmail.com				CELULAR:	3002035000							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS OLARTE				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA31E01	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20265701798								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3249			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3	
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/19	NÚMERO DE CRP	14880	FECHA	31/01/19	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicio Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Salud Oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de a SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional							

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2019		30	4	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.800.000							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA					

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.400.132
VALOR EJECUTADO	$8.400.132
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.800.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 $2.070,290 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1720010932	$1.230.000,00	$153.800	$196.800	3	$30.000	$380.600

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de ABRIL del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

Alba Edith López

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Claudia Esther Rico B

CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS OLARTE					Sede: PABLO VI					
No. DE CONTRATO:	3249-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	4	2.019		30	4	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA		C. C.	46.358.123		DE	SOGAMOSO				

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Salud Oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDNETE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ESPECIFICAS 1. Prestar la atencion odontologica definida para el primer nivel de atencion de acorde con los servicios, planes de beneficios y proyectos o lineas de intervencion 2.Participar en el diseño, ejecucion o evaluacion de los proyectos integrales de salud, en el componente de salud oral, que se establezcan en la institucion localidad o area de influencia	*SI APLICA*	1.2. Apoyar en el diagnostico y tratamiento que requiera el paciente , manejo de guias de manejo, autocontrol y autoregulacion	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA , INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
3.Participar en la elaboracion y acturalizacion del diagnostico de salud oral de la poblacion del area de influencia de la institucion. 4. Propiciar las relaciones de coordinacion ncesarias para lograr una eficaz prestacion de los servicion de salud y realizar la supervision de las actividades dell equipo humano de odontologia	SI APLICA	3.Llevar registro diario, completo de las diferente actividades que se realizan en el mes	
5.Desarrollar o apoyar la realizacion de actividades de deteccion temprana, proteccion especifica y vigilancia en salud publica a nivel inter y extramural del POS, el PIC y otrosprogramas establecidos por la institucion. 6. Realizar actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o proyectos formulado en el area asignada. 7. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder porlos elementos dados a su responsabilidad	SI APLICA	4. ASISTENCIA A DIFERENTES ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL HOSPITAL, COMO ACTUALIZACIONES, UAT,ULC 5. Reporte de los diferentes eventos que se presenten durante la atencion	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA, INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
8.Desarrollar y apoyar la ejecucion de actividades de promocion en salud,prevencion de la enfermedad y vigilancia en salud publica a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo a la normatividad vigente	SI APLICA	7.Impartir instrucciones al personal a cargo .8. diligenciamiento de historia clinica y formatos	REFLEJADO EN RESULTADOS DE AUDITORIAS Y SOCIALIZACION DE LAS MISMAS
9. Elaborar las historias clinicas completas (atencion primera vez, plan de tratamiento, procedimientos,urgencias, deteccion temprana y proteccion especifica) de acuerdo con la normatividad vigente, de acuerdo con lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempor de atencion y progrmaciones asistenciales.	SI APLICA	9.Realizar los procedimientos al usuarioacorde con sus responsabilidades dentro del servicio	
10.Realizar ejercicio de autocontrol autorregulacion y autogestion en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar actividdes preventicas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	*SI APLICA*	11.Firma de consentimiento informado, comunicación redundante 12.Auto control y regulacion, manejo de politica de seguridad y Humanizacion HISTORIA CLINICA EN HOSVITAL	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA , INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
11.Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o planes y/o proyectos formulados en el area asignada. 12.Apoyar el desarrollo de estrategias de participacion social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud	SI APLICA	13. Explicacion y firmar consentimiento informado 14. Auto control y regulacion, manejo de politica de seguridad y Humanizacion HISTORIA CLINICA EN HOSVITAL	
13. Participar en la elaboracion y actualizacion del diagnostico de salud de la localidad y el area de influencia de la Empresa Social del Estado. 14. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los progamas ofrecidos a la comunidad. 15, Realizar la refencia y contrareferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo a la	SI APLICA	15. Realizar, Verficar y entregar en el tiempo correspondiente de manera clara y completa el informe mensual de las actividades realizadas 16.Responder por los elementos entregados para el desempeño de sus actividades asignadas, informar o reportar sobre daños de cualquier elemento	REFLEJADO EN LA AGENDA,DINAMICA INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
16. Participar en las acciones de vigilancia epidemiologica para situaciones que sean factor de riesgo para la poblacion. 17. Identificar necesaidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. 18. Participar en el analisis de la informacion de oferta y demanda de servicios de salud del area de influencia que permita proponer	SI APLICA	17.18 ASISTENCIA A UAT , ULC , ACTUALIZACIONES y demas reuniones que solicite la SubRed, dar cumplimiento a los procediemientos establecidos	REFLEJADO EN LA AGENDA,DINAMICA INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
19.Aplicar lineamientos, normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestcion del servicio dando cumplimiento a los estandares institucionales. 20. Reportar oportunamente las anomalias que se presenten duarante la prestacion del servicio. 22. Participar en la actualizacion de los procesos y procedimiento inherentes al perfil.	SI APLICA	19. Apoyar a la Sub Red en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionalesy extrainstitucionales 20. Llevar registro claro de actividades realizadas 21. Supervision de personal a cargo	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA , INFORME MESUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
23.Participar activamente en las reuniones asignadas. 24. Garantizar la custodia de a informacion y la gestion documental de los soportes que se generen durante la ejecucion de las actividades. 27. Revisar y notificar al lider el estado de las agendas de los servicios programados	SI APLICA	22. Entrega de formatos de pago vigentes y de manera mensual 23. Realizar las demas actividades que le sean asignadasacordes con el objeto del contrato	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA, INFORME MENSUAL , VISUALIZADOR ,AUDITORIAS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2,800,000. Dos millones ochocientos mil pesos m/cte

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Claudia E Rico B

Fecha : / / Firma de recibido supervisor: Alba Edith Bayona

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0085
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PAPS OLARTE				**Sede: PABLO VI**					
No. DE CONTRATO:	3249-2019	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	4	2.019		30	4	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA		C. C.		46.358.123		DE		SOGAMOSO	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el {area de Salud Oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Generales 1. Garantizar la calidad de los servicio ofrecidos (idoneidad humana,moral y tecnica) y desarrollar las obligaciones que generen directa o indirectamente del objeto contractual 2 Cumplir con las Leyes Decretos Acuerdos Resoluciones Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno Código o Directriz interna de la E.S.E. que tenga relacion con la ejecucion del objetodel presente contrato . 3. Conocer y aplicar las politicas institucionales . 4.Participar activamente en los procesos de acreditación habilitación y sistema integrado de gestion qua adelante la Subred y apoyar estos procesos con la información y/o documentacilon que sea requerida según el area que corresponda 5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiere lugar .	*SI APLICA*	1.Conocer y aplicar las politicas de calidad de la entidad 2. Participacion enprocesos de acreditacion y habilitacion 3. Apoyar proceso de acreditacion y rehabilitacion 4.Autocontro, autoregulacion, cumplimiento	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA, INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecucion del presente contrato, de acuerdo al codigo del Buen gobierno y etica institucional y/o profesional. 7. Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y tiempos establecidos 8. Cumplir con la adherencia las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 9. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos o bienes muebles entregados a titulo de prestamo	SI APLICA	6..Autocontro, autoregulacion, cumplimiento 7. Pago oportuno de aportes en salud 8.Adherencia a guias de manejo, protocolos, instructivos 9..Autocontro, autoregulacion, cumplimiento	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA, INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los organos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar conforme a su competencia los informes solicitudes peticiones y/o respuestas requeridad por las entidades publicas o privadas,dentro de los terminos de ley garantizando la veracidad , oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualizacion presenciales y virtules inducción y/o reinducción programados por el contratante y por las entidades autorizadas por éste con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico einformar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecucion de las responsabilidades asignadas.	*SI APLICA*	10.11.Autocontro, autoregulacion, cumplimiento, atencion bassada en calidad y humanizacion	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA, INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato realizar las gestiones necesaria tendientes al cabal cumplimiento y/o directrices internas. técnico administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado respondiendo fiscal disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve.	SI APLICA	12..Autocontro, autoregulacion, cumplimiento	REFLEJADO EN RESULTADOS DE AUDITORIAS Y SOCIALIZACION DE LAS MISMAS
20, El CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sectos salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 21. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente , el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar el ultimo servicio recibido. 22. Conocer , promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciando uso eficiente de los insumos puestos a su disposición , asi como delos recursos de agua energía y contribuir al reciclaje.	*SI APLICA*	1.Conocer y aplicar las politicas de calidad de la entidad 2. Participacion enprocesos de acreditacion y habilitacion 3. Apoyar proceso de acreditacion y rehabilitacion 4.Autocontro, autoregulacion, cumplimiento	REFLEJADO EN LA AGENDA,DINAMICA INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
23, Cumplir con los planes de emergencia institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de proteccion personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred la ocurrencia de incidentes o aacidentes durante la ejecución del contrato. 24, Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios hospitalarios urgencias y/o complementarios, como Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista , Profesional en Enfermeria o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesiones Médicas y Profesiones de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada.		6..Autocontro, autoregulacion, cumplimiento 7. Pago oportuno de aportes en salud 8.Adherencia a guias de manejo, protocolos, instructivos 9..Autocontro, autoregulacion, cumplimiento	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA, INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
25. Desarrollar las demaás actividades relacionadas con el objetocontractual.	*SI APLICA*	10.11.Autocontro, autoregulacion, cumplimiento, atencion bassada en calidad y humanizacion	REFLEJADO EN LA AGENDA DINAMICA, INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS

Claudia E. Rico B

Alba Edith Lopez

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CACIÓN:
ZON SOCIAL:
IPO:
ITE:
L:
ESENTACIÓN:
IONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):

CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:
BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:
CALLE 113 91 53 TELÉFONO:
02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:
PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:
UNICO
NO

CLAUDIA ESTHER INCO BAYONA
BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
INDEPENDIENTE
Personas Naturales sin Actividad Economica

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA: 172901095 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES marzo AÑO 2019
DIAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaammdd): NUMERO AUTORIZACIÓN:

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES	1	$ 196.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.800	$ 0	$ 196.800
									$ 196.800	$ 0	$ 196.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 153.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.800	$ 0	$ 0	$ 153.800
												$ 153.800	$ 0	$ 0	$ 153.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 30.000	$ 30.000	$ 0	$ 0	$ 30.000
								$ 30.000	$ 0	$ 0	$ 30.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES: SAL INTEGRAL	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
BCO MAYONA CLAUDIA ESTHER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.230.000				NO																

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.230.000	$ 196.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 196.800

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	W UPC	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.230.000	$ 153.800	$ 0	$ 153.800

APP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.230.000	46358123	$ 30.000

PARAFISCALES	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 380.600

Planilla Pagada

AM USUARIO: SOI CC1032459521