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 BOGOTA 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			4 DE 4		
NÚMERO DE CDP	501	FECHA	10/04/19	NÚMERO DE CRP		21343	FECHA		30/04/19		
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	5	2019		31	5	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:	$11.200.132
VALOR EJECUTADO	$11.200.132
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
1720550996	$1.230.000,00	$153.800	$196.800	3	$30.000	**$380.600**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MAYO del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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	5	2.019		31	5	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. Pariticipar 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 ofreciods 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.Pariticpar 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 líder 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 Esther Rico

Fecha : / / Firma de recibido supervisor: Alba Esperanza

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	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	5	2.019		31	5	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 que 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, protecolos, 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 dificulatades 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 desigado supervisor de un contrato realizar las gestiones necesaria tendientes al cabal cumplimiento 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 oblida 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, haciendo 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 procuarando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de proteccion persoal 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 Bacteriológo, 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, protecolos, 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 MESUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46358123
ZÓN SOCIAL:			CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA
CIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
	CALLE 113 51 53	TELÉFONO:	2131326
NTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
N:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
ESENTACIÓN:	ÚNICO		
EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1720550996	TIPO DE PLANILLA:						I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO		2019
DÍAS DE MORA:	0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/05/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:						1701

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	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	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	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	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	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								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																								PENSIÓN								SALUD						ARP													
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
RICO BAYONA CLAUDIA ESTHER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.230.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.230.000	$ 196.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 196.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.230.000	$ 153.800	$ 0	$ 153.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.230.000	46358123	$ 30.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 380.600

Planilla Pagada