SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 30 - 08 - 2022

FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Día 01 | Mes 04 | Año 2024

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	DAHIANNA ROJAS TORRES						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.088.334.776	DE	PEREIRA				
TELEFONO DE CONTACTO	311-8193482	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	DAHIA_ROJAZ@HOTMAIL.COM						
E-MAIL INSTITUCIONAL	DAHIANNA.ROJAS@SUPERNOTARIADO.GOV.CO						
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	72154756371	C.A.		C.C.	

CONTRATO ACTUAL No	DE Año		
1025	2024	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 26.001.990,00
		HONORARIOS MENSUALES	$ 2.476.380,00

OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA DEBERA PRESTAR CON SUS PROPIOS MEDIOS Y CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA DEL PLAZO ACORDADO LOS SERVICIOS O ACTIVIDADES ENUNCIADAS A LO LARGO DEL PRESENTE CONTRATO

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: LUIS FERNANDO BOADA GARCIA

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR

CDP No.	43924	CRP No.	147324
FECHA CDP	15/01/2024	FECHA CRP	12/02/2024

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 13 | Mes 02 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: PEREIRA

DEPARTAMENTO: RISARALDA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 28 | Mes 12 | Año 2024

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 14 | Mes 02 | Año 2024

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 10 | DIAS 15

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día 0 | Mes 0 | Año 0

CDP No. 0 | CRP No. 0

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día 0 | Mes 0 | Año 0 | MESES 0 | DIAS | VALOR $ -

VALOR A COBRAR	$ 2.476.380,00	COBRA CON FACTURA	No de factura
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 2.476.380,00		

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR
DEL	01	03	2024			
AL	31	03	2024	02	30	MARZO
100%						MARZO

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

Powered by CamScanner

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 30 - 08 - 2022

FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	163.900	SALUD TOTAL	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	209.700	COLPENSIONES	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	6.900	POSITIVA	0.522%

TOTAL A PAGAR $ 380.500 PLANILLA DE PAGO No. 8627461627

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 26.001.990,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.403.282,00	$ 1.403.282,00	$ 24.598.708,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 2.476.380,00	$ 3.879.662,00	$ 22.122.328,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 04	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 05	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 06	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 07	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	03	2024		MARZO
	AL	31	03	2024	02	MARZO

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

Powered by CamScanner

FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: 1.PRESENTAR EL INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL Y CUENTA DE COBRO DE MANERA MENSUAL ,TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 2.CONCERTAR PREVIO INICO DE CADA PERIODO MENSUAL CON LA COORDINACION DE GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR 3.ASISITIR A LA SENCIBILIZACION Y CAPACITACIONES OFRECIDAS POR LA ENTIDAD SOBRE LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL OBJETO EL CONTRATO 4.APOYAR A LAS AXCTIVIDADES PARA LA CLASIFICACION ORGANIZACION Y LEVANTAMIENTO DE INVENTARIOS DOCUMENTALES DE ARCHIVOS 5.ADELANTAR LOS PROCESOS DE SELECCION ORDENACION IDENTIFICACION DE FONDOS ACUMULADOS DOCUEMTNALES Y PREPARACION DE INVENTARIOS 6.CUMPLIR CON LKOS PLANES DE TRABAJO Y ERNTREGA DE LOS PRODUCTOS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS 7. PARTICIPAR DE SER REQUERIDO A LAS REUNIONES Y MESAS DEL GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL Y COLABORAR CON LAS TARES ASIGNADAS 8.REPORTAR OPOPRTUNAM,ENTE LAS DIFICULTADES NOVEDADES O CUALQUIEROTRA SITUACION QUE GENERE LA INTERRUPCIONDE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS 9.GUARDAR Y PROTEGER LA RESERVA DE LOS DOCUMENTOS QUE SEAN MANIPULADOS BASJO LOS PRINCIPIOS DE LA ETICA PROFESIONAL 10.PRESTAR EN FORMA PERSONAL LOS SERVICIOS PROFESIONALES PO LO QUE NO PODRA SUBCONTRATAR LA LABOR ENCOMENDADA 11.LAS DEMAS FUNCIONES QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONSIDERE PERTINENTES CONFORME A LA NATURALEZA DEL MISMO	1.SE PUEDE VER LA EVIDENCIA DEL INFORME EN LA CARPETA ZIP 4. SE PUEDE VER EN LA CARPETA DEL ZIP 5.SE PUEDE VER EN LA CARPETA DE ZIP 8.SIN NINGUNA DIFICULTAD 9.SE PUEDE VER EN LA CARPETA DEL ZIP

NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

Powered by CamScanner

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 30 - 08 - 2022

FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **DAHIANNA ROJAS TORRES** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.088.334.776** de **PEREIRA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1025** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **147324** CDP No **43924**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2.476.380,00**

Valor en letras: **UN MILLON CUATROCIENTOS TRES MIL DOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	03	2024		MARZO
	AL	31	03	2024	02	MARZO

Para constancia se firma en **PEREIRA** a los **01** días del mes de **ABRIL** de **2024**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
LUIS FERNANDO BOADA GARCIA
REGISTRADOR

CONTRATISTA

Dahianna Rojas Torres

Firma Contratista
DAHIANNA ROJAS TORRES
Cedula de Ciudadania No
1.088.334.776 **DE** PEREIRA

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

Powered by CamScanner

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2024

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, paragrafo 2 del articulo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, me permito certificar **bajo la gravedad de juramento** que:

1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2023 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI____ NO x.
2. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___ NO x
3. Dependiente Económico: SI___ NO x (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, con soportes (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3), cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.
4. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI___ NO x
5. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___
6. NO x, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Crédito de Vivienda SI___ NO x adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.
8. Medicina prepaga da SI___ NO x adjuntar certificación de la EPS, incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.
9. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo asociadas a la presente cuenta de cobro, si marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%), si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo a depuración de renta y UVT aplicable, SI____ NO x
10. Ha suscrito contratos durante el año 2024: por un valor igual o superior a 4000 UVT ($188.260.000) SI____ NO x.

En constancia de lo anterior, se firma a los 01 días del mes de abril de 2024

Atentamente,

NOMBRE Dahianna Rojas Torres

CC 1088334736.

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 13/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999007	**Cédula Usuario:**	CC 1010040455
Nombre:	SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO				
Dirección:	CL 26 13 49				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	edna.pulido@supernotariado.gov.co				
Teléfono:	3282121		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1841201 ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ORGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1010040455	KEVIN SANTIAGO CASTAÑEDA VELANDIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	4509	14/02/2024	CC 1088334776	ROJAS TORRES DAHIANNA	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

27A9921C1CD946340A154D1DAC88A812 Certificado impreso el día 2/13/2024 4:21:17 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

DAHIANNA
ROJAS TORRES
1088334776

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
899999007

Este carné es personal e intransferible.

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14922741483

(415)7707212489984(8020) 000001492274148 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1088334776	1	Impuestos y Aduanas de Pereira 16	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1088334776	2014-04-29

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Risaralda 66	Pereira 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	TORRES	DAHIANNA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Risaralda 66	Pereira 001

41. Dirección principal: CR 15 35 39 BRR SAN NICOLAS

42. Correo electrónico: dahia_rojaz@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3118193482	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2023-06-01						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 49																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 06 - 27 / 15 : 38: 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUICENO GALEANO CONSUELO

985. Cargo Analista V

Fecha generación documento PDF: 28-02-2024 10:21:18PM

Documento CERTIFICADO SIN COSTO

Powered by CamScanner

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8629728455
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8627461627
Fecha Pago Planilla: 2024-04-01

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	DAHIANNA ROJAS TORRES	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1088334776	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	KRA 15 35 39	DEPARTAMENTO	RISARALDA	MUNICIPIO	PEREIRA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8299	CORREO ELECTRÓNICO	DAHIANNA_ROJAZ@HOTMAIL.COM	TELÉFONO	3118193482
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2024	Mes: 02	Año: 2024	Mes: 02	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		8629728455

Powered by CamScanner

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SALUD TOTAL	1	$162.500	$0	0	$0	0	$0	$162.500	13	$1.900	$0	$164.400	$0	0	$0	$0	$164.400	$0	$0	$164.400

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	$6.900	0	$0	$0	$6.900	13	$100	$6.900	0	$0	$0	$6.900

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	$0	13	$0	$0
SENA	0	$0	13	$0	$0
ICBF	0	$0	13	$0	$0
ESAP	0	$0	13	$0	$0
MinEdu	0	$0	13	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$164.400
PENSIONES	1	$210.400
RIESGOS PROFESIONALES	1	$6.900
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$391.700

Powered by CamScanner