TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
	A.R.L.	No Aplica	No Aplica
PARAFISCALES	SENA	No Aplica	No Aplica
	I.C.B.F.	No Aplica	No Aplica
	Caja de Compensación	No Aplica	No Aplica

Se firma para tramite de pago, a los 25 días del mes de junio de 2024.

Firma del Contratista
NOMBRE: MUNICIPIO DE CONTRATACION SANTANDER
IDENTIFICACIÓN No. 890206058
CORREO: Salud@contratacion-santander.gov.co
TELÉFONO DE CONTACTO: 3204523264 – 3188050921