E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y			
FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS			
CON C.C Nº 36.547.706			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242643**	**DE FECHA INICIO**	**01/04/2024**

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1	Planeé, organicé dirigí, realicé las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Solucioné los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de areas)
3	Realicé Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
4	Verifiqué la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermeria.
5	Velé por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
6	Comprobé la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
7	Verifiqué que se registrarán en los formatos correspondiente la asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, kit obstétricos, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc
8	Vigilé el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
9	Supervisé que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas.
10	Detecté la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
11	Verifiqué que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.
12	Participé en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería.
13	Informé al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
14	Particié en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
15	Verifiqué la preparación adecuada de los estudios y cirugía.
16	Verifiqué, realicé y gestioné el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio.
17	Gestiné de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc.
18	Proporcioné orientación a los estudiantes y al personal de inducción
19	Gestioné oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento
20	Gestioné la asignación de las camas del servicio y a otro servicio
21	Verifiqué el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
22	Notifiqué de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.
23	Informé por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
24	Verifiqué el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
25	Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía institucional.
26	Asigné pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería
27	Propicioné un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo
28	Elaboré reporte de enfermería
29	Maneje y controlé el material y equipo en la atención del paciente.

30	Garantizcé la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E.
31	Entregué historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
32	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar.
33	Participé en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación.
34	Verifiqué el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
35	Diligencié la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
36	Realicé seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.
37	Tevé comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
38	Solicité los productos de asepsia y Supervisé la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente
39	Supervisé el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc.
40	Presté los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas.
41	Cumplí con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.
42	Hacé uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización.
43	Proporcioné educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico.
44	Vigilé la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio.
45	Participé en la elaboración de manuales, procesos, horarios y procedimientos que permitan mejorar la prestación oportuna del servicio a los pacientes y usuarios de la institución.
46	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
47	Apliqué los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
48	Obré con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.
49	Planifqué y supervisé que las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado
50	Respondí oportunamente a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.
51	Adherecí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
52	Apoyé a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio
53	Reporté a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.
54	Verifiqué que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos formulas médicas y entre otros
55	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere.
56	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
57	Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4565731916**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**20/09/2024**	**$162,500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**		
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**20/09/2024**	**$31,700**

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

V. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**C.C. 36.547.706**

Colpensiones

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES - 2021_6461234
04/06/2021 12:42:32 PM
SANTA MARTA - MAGDALENA - SANTA MARTA
RECONOCIMIENTO
IMAGENES:13
CONSULTE EL ESTADO DE SU TRAMITE EN WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

I. TIPO DE RIESGO

[ ] Vejez [ ] Invalidez [X] Muerte [ ] Indemnización sustitutiva [X] Auxilio funerario

II. DETALLE TIPO DE RIESGO

[ ] Pensión de vejez	[ ] Pensión vejez compartida	[ ] Pensión vejez madre o padre trabajador hijo invalido	[ ] Pensión Especial de vejez anticipada por invalidez
[ ] Pensión vejez alto riesgo	[ ] Pensión vejez periodista	[ ] Pensión vejez convenios internacionales	[ ] Pensión Invalidez
[ ] Pensión Invalidez convenios internacionales	[ ] Pensión Sobrevivientes	[ ] Sustitución pensional	[ ] Sustitución Provisional ley 1204/08
[ ] Pensión Sobrevivientes convenios internacionales	[ ] Indemnización vejez	[ ] Indemnización Invalidez	[ ] Indemnización Sobrevivencia

III. TIEMPOS

	SI	NO
Públicos no cotizados Colpensiones	[✓]	[ ]
Cotizados	[✓]	[ ]
Régimen especial	[ ]	[✓]

IV. TIPO DE SOLICITUD

[✓] Reconocimiento
[ ] Reliquidación

V. INSTANCIA (si es primera solicitud no marque ninguna opción de este campo)

[ ] Recurso de reposición [ ] Recurso de queja
[ ] Recurso de apelación [ ] Nuevo Estudio
[ ] Revocatoria directa

Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones? SI [ ] NO [ ]

Si usted respondido SI, es necesario que aporte la información referente a los ciclos faltantes o inconsistentes para la respectiva verificación, validación y corrección si fuere el caso. Por la anterior diligencie y adjunte el Formato Corrección de Historia Laboral disponible en la página web www.colpensiones.gov.co y en los puntos de Atención Colpensiones (PAC) a nivel Nacional.

VI. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento: [X] CE [ ] F [ ] TI [ ] P
Número de documento: 36547706
Fecha de nacimiento: Año 1962 Mes 12 Día 11
Sexo: M [ ] F [✓]
Primer apellido: COHEN
Segundo apellido: DE ARMAS
Primer nombre: FANNY
Segundo nombre: JUDITH
Dirección Correspondencia: Cra. 14 Nº 8-39
Ciudad / Municipio: Santa Marta
Barrio: OBRERO
Departamento: Magdalena
Teléfono: 3057842665
Celular: 3016140164
Fax:
Correo electrónico: domith.cudrisi.villareal@hotmail.com
Autoriza Notificación por medio electrónico: SI [X] No [ ]

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO 1

Esta información debe ser diligenciada UNICAMENTE para los trámites por el Riesgo de MUERTE

Tipo de documento: CE [ ] F [ ] P [ ] RC [ ] TI [ ]
Número de documento:
Fecha de nacimiento: Año Mes Día
Sexo: M [ ] F [ ]
Primer apellido:
Segundo apellido:
Primer nombre:
Segundo nombre:
Parentesco: [ ] Cónyuge [ ] Compañero (a) [ ] Hijos menores [ ] Hijos estudiantes 18-25 años [ ] Hijo invalido [ ] Padres [ ] Hermano invalido [ ] Otro
Dirección Correspondencia:
Ciudad / Municipio:
Barrio:
Departamento:
Teléfono:
Celular:
Fax:
Correo electrónico:
Autoriza notificación por medio electrónico: Si [ ] No [ ]

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES.
2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado / ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes.
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

Powered by CamScanner

Colpensiones

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

BENEFICIARIO 2

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ RC ☐ TI ☐ | Número de documento | Fecha de nacimiento: Año Mes Día | Sexo: M ☐ F ☐

Primer apellido | Segundo apellido | Parentesco: 1 Cónyuge, 2 Compañero (a), 3 Hijos menores, 4 Hijos estudiantes 18-25 años, 5 Hijo invalido, 6 Padres, 7 Hermano invalido, 8 Otro

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | Autorizo notificación por medio electrónico: Si ☐ No ☐

BENEFICIARIO 3

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ RC ☐ TI ☐ | Número de documento | Fecha de nacimiento: Año Mes Día | Sexo: M ☐ F ☐

Primer apellido | Segundo apellido | Parentesco: 1 Cónyuge, 2 Compañero (a), 3 Hijos menores, 4 Hijos estudiantes 18-25 años, 5 Hijo invalido, 6 Padres, 7 Hermano invalido, 8 Otro

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | Autorizo notificación por medio electrónico: Si ☐ No ☐

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ | Número de documento | Tarjeta Profesional / Provisional

Primer apellido | Segundo apellido

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | Autorizo notificación por medio electrónico: Si ☐ No ☐

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento: CC [X] CE ☐ F ☐ P ☐ | Número de documento: 36543599 | ☐ Curador [X] Tercero autorizado ☐ Representante legal

Primer apellido: Cudris | Segundo apellido: Villareal

Primer nombre: Damith | Segundo nombre:

Dirección Correspondencia: Calle 29 K3 Nº 21 C-11 | Razón Social: | NIT:

Ciudad / Municipio: Santa Marta | Barrio: Los Laureles | Departamento: Magdalena

Teléfono: | Celular: 3006140164 | Fax:

Correo electrónico: damith.cudris.villareal@hotmail.com | Autorizo notificación por medio electrónico: SI [X] No ☐

FIRMA DEL SOLICITANTE

36547706 Santa Marta
No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"

Powered by CamScanner

FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS
36547706
CRRA 14 # 8-39 BARRIO OBREROS
3057842665
FANCOAR15@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS		
DOCUMENTO:	36547706		
DIRECCIÓN:	CRRA 14 # 8-39 BARRIO OBREROS	TELÉFONO:	3057842665
CORREO ELECTRONICO:	FANCOAR15@HOTMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20242643						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	3025	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-01	FECHA FINAL:	2024-10-31
VALOR CONTRATO:	21.700.000,00			VALOR A PAGAR:	3.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564847838
CDP - ADICION:	1166	RP - ADICION:	5476	VALOR CONTRATO CON ADICION:	6.200.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Septiembre**						

FIRMA

FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS
C.C. 36547706 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36547706
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CARRERA 14 9 9 39	TELEFONO:	2000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4565731916		TIPO DE PLANILLA:	I	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	17				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/20		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9900070354

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 162.500	$ 2.100	$ 0	$ 164.600
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 2.100	$ 0	$ 164.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 496	$ 0	$ 32.196
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 496	$ 0	$ 32.196

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES / LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COL EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 36547706	COHEN DE ARMAS FANNY JUDITH	1-DEPENDIENTE	00-SIN SUBTIPO	$ 1.300.000				NO																	

Nº	ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TAREA ESPECIAL	PENSIÓN TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DÍAS COT	PARAFISCALES CCF IBC	PARAFISCALES CCF ADMIN	PARAFISCALES CCF TOTAL APORTE	PARAFISCALES SENA TOTAL APORTE	PARAFISCALES ICBF TOTAL APORTE	PARAFISCALES ESAP TOTAL APORTE	PARAFISCALES MINED TOTAL APORTE
1			$		$	$	$			$	EPS017-FAMISANAR	30	1.300.000	$ 162.500	$	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.300.000	36547706	$ 31.700		$		$	$	$	$	$

TOTAL $ 196.700

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

Powered by CamScanner