ARL Salud (Inconveniente) Ok 956

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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MILTON YOAN LIZARAZO CABRERA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,012,395,641							
CORREO ELECTRONICO:	CERO300Z@GMAIL.COM				CELULAR:	3043625096							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION DOCUMENTAL				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R 35	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570122168								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2960-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 8			
NÚMERO DE CDP	1415	FECHA	22/08/18	NÚMERO DE CRP	38631	FECHA	31/08/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativadentro de los diferentes procesos y procedimientos de la 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	9	2018		30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.000.000
VALOR EJECUTADO	$10.000.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
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 $1.953.105, 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
1014998792	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$257.500**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente

MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MILTON YOAN LIZARAZO CABRERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sep 21/18

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:				**Sede:**						
No. DE CONTRATO:	2960-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2.018		30	9	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIZARAZO CABRERA MILTON YOAN		**C. C.**	1,012,395,641			**DE**	BOGOTA	

,

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _ X_ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
. El contratista seobliga para con elcontratante a realizar las siguientes actividades: Especificas 1. Recibir y entregar las actividades objetode su contrato, en el grupo asignado registrando las novedades presentadas y las actividades desarrolldas al 100 %. 2. Realizar lostraslados solicitados en el vehiculo institucional pra el recibo y entrega de las historias clinicas a las diferentes sedes de la unidad de kennedy (tintal, floralia,hospital, paps, depositos de archivo) velando por ejercer el control interno con los registros de las planillas establecidas para tal fin tanto al recibo como a la entrega. 3. Recibir del personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas evoluciones y demás documentos de la historia clinica a traves del RIPS, planillas de control, radicados otros velando por su organizacion, foliado, control y custodia. 4. Entregar al personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas solicitadas para atenciondel paciente o auditorias garantizando el control, custodia a traves de los RIPS o planillas según el procedimiento. 5. Realizar la organización foliado escaneado o digitalizacion y prestamo de las historias clinicas de con egreso o solicitadas para la atención de pacientes o auditoria. 6.Realizar la entrega y recibo de las historias clinicas oportunmente entre el Hospital y el archivo de Gestión a través de las planillas establecidas según el procedimiento institucional. 7. Generar el consecutivo de consulta de RIPS radicados y demás documentos soporte adelantando las actividades relaciaondas con el prestamo de historias y consulta de las mismas en los servicios etablecidos para los servivios y radicados. 8. Garantizar diariamenre la cosulta externa y ambulatoria desarrollando las acciones de este procedimiento elaboracion de carpetas y sticker. 9. Responder por el correcto almacenamiento y manejo de los archivos de historias clinicas , garantizando al 100 % la ubicacion de historias clinicas solicitadas, su archivo y desarchivo con sus documentos soporte de conformidad con la normatividad urgente. 10. Garantizar el 100% la respuesta oportuna a los requerimientos y solicitudes de historias clinicas realizadas por los usuarios . entes de control, oficias y demás partes interesadas de la Unidad o Subred llevando el control sobre la solicitud,radicación y entrega. 11. Gestionar el 100% de la información que se requiere sobre historias clinicas o para el apoyo de área con fines de elboración de informes internos y externos acordes con la ley. 12 Realizar al 100% el escaneo de las historias clinicas garantizando la calidad de las mismas. 13. Mensualmente garantizar las historias clinicas en prestamo han sido devueltas en su totalidad asi como el seguimiento a las solicitadas y no han sido prestadas. 14. Atender con amabilidad las ventanillas,oficinas recibiendo,verificando, y controlando diariamente la documentación historias clinicas documentos soportes según el procedimiento establecidospra archivo. 15. Realizar el inventario documental de las historias clinicas para tranferencia en el formato unico institucional y el inventario documental del archivo de Gestión de las historias clinicas.	**100%**	ELABORACION DE INVENTARIO (FUID) FOLIACION TECNICA , ORDENACION CRONOLOGICA, CONTEO DE FOLIOS, CORRECCION Y MARCACION DE CARPETAS FISICAS , CONFORMACION DE EXPEDIENTES DE 200 FOLIOS, DEPURACION DOCUMENTAL INTERNA , IDENTIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS PROCESO DE ELIMINACION Y CONCERVACION ,IDENTIFICACIONES DE NOVEDADES DE HISTORIAS CLINICAS TRANFERIDAS DESDE EL ARCHIVO DE GESTION Y REUBICAION DE HISTORIAS CLINICAS EN CAJA X 200	CARPETAS:1828 CAJAS:65

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.250.000 Un millon doscientos mil pesos m/cte

Milton Yoan Lizarazo Cabrera 1012395641 BOGOTA

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

Firma de recibido supervisor: _____

30-09-2018

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

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2018-09-17, 08:17:15 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1014998792

Periodo Cotización: septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8892897060

GUARDADA 14/08/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MILTON YOAN LIZARAZO CABRERA				
Documento	CC1012395641	**Dirección**	CRR 21 N 36 40 T 3 APTO 503		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3057517688		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	LIZARAZO CABRERA MILTON YOAN	**Identificación**	CC1012395641		

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1012395641	LIZARAZO CABRERA MILTON YOAN	59	00																0	30	30	30	30	PORVENIR	$ 781.242	$ 125.000	SALUD TOTAL EPS	$ 781.242	$ 97.700	ARP SURA	$ 781.242	$ 19.100	COMPENSAR CCF	$ 781.242	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500	$ 0	$ 257.500

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
7

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888928970600000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi-Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8892897060(3900)0000000(96)20991231

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Milton Yoan Lizarazo Cabrera

1.012.395.641

6036- 10162

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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MILTON YOAN LIZARAZO CABRERA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,012,395,641						
CORREO ELECTRONICO:	CERO300Z@GMAIL.COM				CELULAR:	3043625096						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION DOCUMENTAL				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	R 35	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570122168								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2960-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 de 9			
NÚMERO DE CDP	1596	FECHA	28/09/18	NÚMERO DE CRP	42288	FECHA	30/09/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativadentro de los diferentes procesos y procedimientos de la 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	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.250.000
VALOR EJECUTADO	$11.250.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
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 $1.953.105, 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
1014998792	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$257.500**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de OCTUBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MILTON YOAN LIZARAZO CABRERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:				**Sede:**						
No. DE CONTRATO:	2960-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIZARAZO CABRERA MILTON YOAN		**C. C.**	1,012,395,641			**DE**	BOGOTA	

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
. El contratista seobliga para con elcontratante a realizar las siguientes actividades: Especificas 1. Recibir y entregar las actividades objetode su contrato, en el grupo asignado registrando las novedades presentadas y las actividades desarrolldas al 100 %. 2. Realizar lostraslados solicitados en el vehiculo institucional pra el recibo y entrega de las historias clinicas a las diferentes sedes de la unidad de kennedy (tintal, floralia,hospital, paps, depositos de archivo) velando por ejercer el control interno con los registros de las planillas establecidas para tal fin tanto al recibo como a la entrega. 3. Recibir del personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas evoluciones y demás documentos de la historia clinica a traves del RIPS, planillas de control, radicados otros velando por su organizacion, foliado, control y custodia. 4. Entregar al personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas solicitadas para atenciondel paciente o auditorias garantizando el control, custodia a traves de los RIPS o planillas según el procedimiento. 5. Realizar la organización foliado escaneado o digitalizacion y prestamo de las historias clinicas de con egreso o solicitadas para la atención de pacientes o auditoria. 6.Realizar la entrega y recibo de las historias clinicas oportunmente entre el Hospital y el archivo de Gestión a través de las planillas establecidas según el procedimiento institucional. 7. Generar el consecutivo de consulta de RIPS radicados y demás documentos soporte adelantando las actividades relaciaondas con el prestamo de historias y consulta de las mismas en los servicios etablecidos para los servivios y radicados. 8. Garantizar diariamenre la cosulta externa y ambulatoria desarrollando las acciones de este procedimiento elaboracion de carpetas y sticker. 9. Responder por el correcto almacenamiento y manejo de los archivos de historias clinicas , garantizando al 100 % la ubicacion de historias clinicas solicitadas, su archivo y desarchivo con sus documentos soporte de conformidad con la normatividad urgente. 10. Garantizar el 100% la respuesta oportuna a los requerimientos y solicitudes de historias clinicas realizadas por los usuarios . entes de control, oficias y demás partes interesadas de la Unidad o Subred llevando el control sobre la solicitud,radicación y entrega. 11. Gestionar el 100% de la información que se requiere sobre historias clinicas o para el apoyo de área con fines de elboración de informes internos y externos acordes con la ley. 12 Realizar al 100% el escaneo de las historias clinicas garantizando la calidad de las mismas. 13. Mensualmente garantizar las historias clinicas en prestamo han sido devueltas en su totalidad asi como el seguimiento a las solicitadas y no han sido prestadas. 14. Atender con amabilidad las ventanillas,oficinas recibiendo,verificando, y controlando diariamente la documentación historias clinicas documentos soportes según el procedimiento establecidospra archivo. 15. Realizar el inventario documental de las historias clinicas para tranferencia en el formato unico institucional y el inventario documental del archivo de Gestión de las historias clinicas.	**100%**	ELABORACION DE INVENTARIO (FUID) FOLIACION TECNICA , ORDENACION CRONOLOGICA, CONTEO DE FOLIOS, CORRECCION Y MARCACION DE CARPETAS FISICAS , CONFORMACION DE EXPEDIENTES DE 200 FOLIOS, DEPURACION DOCUMENTAL INTERNA , IDENTIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS PROCESO DE ELIMINACION Y CONCERVACION ,IDENTIFICACIONES DE NOVEDADES DE HISTORIAS CLINICAS TRANFERIDAS DESDE EL ARCHIVO DE GESTION Y REUBICAION DE HISTORIAS CLINICAS EN CAJA X 200	CARPETAS:1066
		Reproceso de historias clinicas debido a errores en el proceso	HISTORIAS CLINICAS DE REPROCESO:55

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.250.000 Un millon doscientos mil pesos m/cte

1012395641 BOGOTA

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Firma de recibido supervisor:

31-Oct-2018

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-10-16, 10:23:09 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014998792

Periodo Cotización: septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8892897060

PAGADO 09/10/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MILTON YOAN LIZARAZO CABRERA		
Documento	CC1012395641	**Dirección**	CRR 21 # 36 - 40 TRR 3 / APTO 503
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	504
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1012395641	MILTON YOAN LIZARAZO CABRERA	59	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 781.242	$ 125.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 781.242	$ 97.700	2,436	$ 781.242	$ 19.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 781.242	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500	$ 0	$ 257.500

Milton Yoan Lizarazo Cabrera
1012395641

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!