Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y:					
NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,000,353,526		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1828 2024	FECHA INICIO CONTRATO:	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,122,400	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19,280,881	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 2,437,470		
Nº DE INFORME:	12	Nº CRP:	13858	Nº CDP:	143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS	7	
VALOR ADICIONADO	$ 563,395	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21533	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,153,636	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	25127	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,091,800	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28684	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,061,200	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32848	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,822,890	CDP DE LA ADICIÓN:	2611	CRP DE LA ADICIÓN:	36825	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 465,560	CDP DE LA ADICIÓN:	2782	CRP DE LA ADICIÓN:	40005	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 3,203,883	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	CRP DE LA ADICIÓN:	45938	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	x	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIO DE LABORATORIO, IMPARTIENDO LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LA FORMA DE RECOLECCIÓN DE LAS MUESTRAS Y LAS CONDICIONES COMO SE DEBE PRESENTAR AL EXAMEN.
2	REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS DE ACUERDO CON LOS EXÁMENES SOLICITADOS, ORGANIZARLAS, EMBALARLAS, ENTREGARLAS AL MENSAJERO, CLASIFICARLAS, DISTRIBUIRLAS PARA LOS DIFERENTES SECCIONES DEL LABORATORIO
3	PREPARAR EL MATERIAL NECESARIO PARA SU PROCESAMIENTO PARA MONTAR LAS PRUEBAS REQUERIDAS DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS
4	HACER ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN
5	REALIZAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS Y EQUIPOS

6	ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO CON EFICIENCIA Y EFICACIA
7	DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS
8	APLICAR LAS NORMAS, GUÍAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES
9	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE
10	RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS
11	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO
12	CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS
13	APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES
14	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA
15	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN
16	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES
17	VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO
18	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL
19	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR
20	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477615932	OPERADOR:	APORTES EN LINEA:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO:	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	12/12/2024	$	162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	12/12/2024	$	208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/12/2024	$	31,700
OTRO				
TOTAL PAGADO				$ 402,200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

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

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

Nicole

NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ.
CC: 1000353526
CEL: 3195665769

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ	CC:	1000353526
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMILAGONZALEZRAMIREZ@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3195665769
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 8C #92A 56	CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024			
NO tomaré costos y deducciones			(X)
SI tomaré costos y deducciones			( )
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y s.			
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación		SI ( )	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA		
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA: AHORROS	N° CUENTA: 488470474?1

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 1828 2024	N° CDP:	3752	N°. RP:	45938	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 19,280,881
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					2,437,470
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA					

NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ
C.C 1000353526
cel: 3195665769

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA		NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.000.353.526				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1828 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,122,400.00					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22,484,763.67		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2,437,470		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(12 de 12)	Nº CRP INICIAL:	13858	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	143	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477615932		OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	LABORATORIO CLÍNICO					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 563,395	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21533	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,153,636	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	25127	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,091,800	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28684	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,061,200	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32848	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,822,890	CDP DE LA ADICIÓN:	2611	CRP DE LA ADICIÓN:	36825	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 465,560	CDP DE LA ADICIÓN:	2782	CRP DE LA ADICIÓN:	40005	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 3,203,883	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	RP DE LA ADICIÓN:	45938	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			

IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS:	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA
CARGO:
PROFESIONAL AREA DE LA SALUD

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUZ ANGELA VEGA
PERFIL:
BACTERIOLOGA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000353526		NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ	INDEPENDIENTE	Principal	Cr 8c #92a 56 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013097732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	1111182908	9477615932	I	2024/12/06	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	3	$403,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1000353526	GONZALEZ NICOLE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000353526		NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ	INDEPENDIENTE	Principal	Cr 8c #92a 56 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013097732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1111182908	9477615932	I	2024/12/06	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	3	$403,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$500	$0	$208,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$500	$0	$208,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$400	$0	$162,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$400	$0	$162,900
TOTAL				1	$402,200	$1,800	$0	$403,200

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2024/12/08 09:58 PM