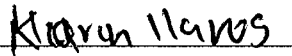
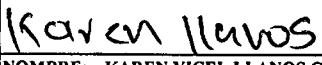
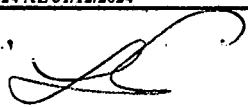
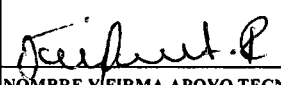


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.013.638.657
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5546 2024
FECHA INICIO CONTRATO		6/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.132.324	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO VEINTISEIS (26) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.330.810	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.722.262
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP: 47476 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CINCO (5) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SAZ SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN ADICIONES
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49747
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:	
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)	
1	SE LLENA PLANTILLA CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE EN EL TERRITORIO 127 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL	
2	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE REGISTRO EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A ÑAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 127 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL	
3	SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES DE DICIEMBRE PROYECTANDO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR	
4	SE INGRESAN TODOS LOS DATOS O TENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA Y AL FINAL DEL MES SE ENTREGA LISTADO DE FIRMAS CON LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL 2024	
5	SE ASISTE A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES DURANTE EL MES	
6	SE REALIZA LECTURA DE GUIA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS	
7	SE VERIFICAN PLANOS Y SE REALIZAN AJUSTES SEGÚN LO EVIDENCIADO	
8	SE REALIZA LLAMADAS EN TIEMPO REAL PAGA ASIGNACIÓN DE CITAS	
9	SE REALIZAN CANALIZACIÓN A SU EAPB	
10	SE REALIZA SEGUIMIENTO A CASOS DE RUTEO.	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1068130996	OPERADOR: SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	07/12/2024 \$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	07/12/2024 \$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	07/12/2024 \$ 31.700
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 402.200
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
1. Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 período correspondiente		
		
KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.013.638.657 CEL: 3123035909		

 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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO		CC: 1.013.638.657 RUT (NIT):
CORREO ELECTRÓNICO:	karenllanos1993@gmail.com		TELÉFONO: 3123035909
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 36 B SUR 3C 47		CIUDAD: BOGOTÁ
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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.			
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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	0570009770200161
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5546 2024	Nº CDP:	4120
		Nº RP:	
			PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y CINCO (5) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/01/2025
			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 5.330.810
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/12/2024 AL 31/12/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.722.262		
UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE			
 NOMBRE: KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO CC 1.013.638.657 CEL 3123035909			

 <div>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	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 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.013.638.657			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5546 2024		FECHA INICIO CONTRATO		6/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.132.324				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 5.330.810		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.722.262
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3	Nº CRP INICIAL:	47476	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y CINCO (5) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1068130996	OPERADOR:		SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49747	TIEMPO NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA		TIEMPO UN (1) MES
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. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS						
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>						
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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 10/12/2024 AL 31/12/2024						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:						
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: DIRECTOR ENCARGADO				
						
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA PERFIL: PROFESIONAL APOYO				

5546

Simple.

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 07:40:45 A. M.

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068130996

Periodo Cotización: noviembre de 2024

Periodo Servicio: noviembre de 2024

PAGADA 07/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN YICEL LLANOS CASTANO		
Documento	CC1013638657	Dirección	CL 35B SUR #3 A - 42
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3123035909
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Salario Cotizante	NOV	RET P	RET D	TAE	TAE	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sema	Aportes ICBF	Aportes EGAP	Aportes Min Educación	Incapacidades (Cuentas, Salidos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.300.000	\$1.300.000	\$1.300.000	\$0	\$208.000	\$182.500	\$31.700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$402.200	\$0	\$402.200



