

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION						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							
VIVIANA CONTRERAS TORRES							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:						53.073.539	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.				PS 2787 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
21/01/2024							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.710.160		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN MES (1) Y VEINTIOCHO DIAS (28)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 20.541.516 /		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.202.040 /	
Nº DE INFORME:		12		Nº CRP:		14028	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		11 MESES:10 DIAS		Nº CDP:		317	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.782.620		CDP DE LA ADICIÓN:		1030	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.473.440		CDP DE LA ADICIÓN:		1270	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.720.784		CDP DE LA ADICIÓN:		1619	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.731.408		CDP DE LA ADICIÓN:		2200	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.441.568		CDP DE LA ADICIÓN:		2598	
VALOR ADICIONADO		\$ 593.280		CDP DE LA ADICIÓN:		2783	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.088.256		CDP DE LA ADICIÓN:		3753	
III. POLIZAS (SI APLICA)							
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)							
1 Recibir turno al compañero en la hora indicada con las novedades presentadas en el turno							
2 verificar el funcionamiento adecuado de los equipos. Monitor succionador, equipos biomédicos							
3 Realice mis actividades contractuales, en TRASLADOS SECUNDARIOS CON 108 HORAS							
4 controle los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades y registro de historia clínica							
5 oriente a los familiares de los pacientes para los exámenes, diagnósticos de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología según normas establecidas por cada procedimiento							
6 Realice actividades propias del cuidado de enfermería previendo acciones inseguras en la prestación del servicio de salud							
7 notifique inmediatamente las acciones inseguras ocurridas al médico de turno y jefe inmediato							
8 informe al servicio sobre los cambios del estado clínico de los pacientes durante el traslado							
9 realice la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van hacer trasladados							
10 mantuve limpia y organizada la ambulancia							

11	realice el registro clinico en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucion 1998/1999, ebregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente
12	Cumpli con las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental y salud ocupacional
13	Realice la gestion administrativa como cambio de unidad de los pacientes trasladados a diferentes unidades de la subred
14	diligencie la historia clinica y registro del libro de la movi asignada
15	Bitacora de traslados de la movi asignada
16	Bitacora de traslados de la movi asignada
17	Bitacora de entregas la movi asignada
18	Ningun llamado de atencion por presentacion personal
19	Bitacora de traslados de la movi asignada
20	Bitacora de traslados de la movi asignada
21	Reporte la disponibilidad a radio para los despachos correspondientes
22	Bitacora de traslados de la movi asignada
23	Bitacora de entregas la movi asignada
24	Bitacora de traslados de la movi asignada
25	Entregue oportunamemnte las historias clinicas
26	realice el pago de mis aportes como eps y fondo de pension
27	Entregue turno al compañero con la movi limpia y ordenada y las novedades presentadas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1067998349	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	06/12/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	06/12/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	N/A		\$ 0
OTRO	COMPENSAR	06/12/2024	\$ 26.000
TOTAL PAGADO			\$ 396.500

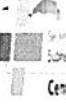
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, ari, 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)	
Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agisalud. Correo Electronico Institucional	

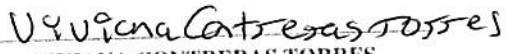
Viviana Contreras Torres

VIVIANA CONTRERAS TORRES

C.C. 53.073.539

CEL: 3045504679

 Sistema Nacional 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 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			VIVIANA CONTRERAS TORRES			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.073.539			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2787 2024		FECHA INICIO CONTRATO		
				21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.710.160				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 20.541.516		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		
				\$ 1.202.040		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		12		Nº CRP INICIAL:	14028	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO		
				317		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		11 MESES:10 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1067998349		OPERADOR:		
				SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO				
		DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		
				ADICION 7 PRORROGA 6		
VALOR ADICIONADO		\$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	
					22258	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.473.440	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	
					25197	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.720.784	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	
					29217	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.731.408	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	
					32485	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.441.568	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	
					36605	
VALOR ADICIONADO		\$ 593.280	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	RP DE LA ADICIÓN:	
					39859	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.088.256	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	
					46909	
III. POLIZAS (SI APLICA)						
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
				N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		
				N/A		
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS						
SE VERIFICA 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 clausula "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: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				
		NOMBRE Y FIRMA DEL APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRÓ RODRIGUEZ MONTAÑA PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO				

 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 GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	VIVIANA CONTRERAS TORRES	C.C.	53.073.539
CORREO ELECTRÓNICO:	cviviana735@gmail.com	RUT(NIT):	14964720733
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 81G N° 54 - 17 SUR	TELÉFONO:	3045504679
		CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.
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		0	
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.			
Régimen 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 0	NO X
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	OTRO	TIPO DE CUENTA: AHORROS	N° CUENTA: 0550008400722164
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA		
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
N° DEL CONTRATO:	PS 2787 2024	N° CDP:	3753
		N° RP:	46909
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024
			PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 11 MESES;10 DIAS
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)	UN MILLÓN DOSCIENTOS DOS MIL CUARENTA PESOS		
	\$ 1.202.040 //		
 VIVIANA CONTRERAS TORRES C.C. 53.073.539 CEL: 3045504679			



PAGOSIMPLE |

AUTO LIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 04:12:28 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1057998349
Período Colectación: noviembre de 2024 Período Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago (PIN): 8837920680

PAGADO 06/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VIVIANA CONTRERAS TORRES	Dirección	CRA 81G # 54 - 17 SUR
Documento	CC53073539	Teléfono	3045504679
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	NINGUNA ARP
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales				Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Identificación	Apellidos y Nombres		Tipo Contribuyente	Subtipo Contribuyente	NO	RETP	TINTE	TAR	VAR	COA	SLA	LOA	VAC	WCT	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	CMR	

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1.300.000	IBC Salud	\$ 1.300.000	IBC Riesgos	\$ 0	IBC Cajas	\$ 1.300.000	Aportes Pensión	\$ 208.000	Aportes Salud	\$ 162.500	Aportes Riesgos	\$ 0	Aportes Cajas	\$ 26.000	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min. Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Salidos a Favor) EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 396.500	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 396.500
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	------	-----------	--------------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	------	---------------	-----------	--------------	------	--------------	------	------------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------

