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**	**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

CAROL ALLISON DIMATE CORTES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.231.769				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN 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 5376 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**23/10/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.280.499**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 8.939.359**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.460.374**	
Nº DE INFORME:	5	**Nº CRP:**	44681	**Nº CDP:**	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	3	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	3	**PRORROGAS**	3	
VALOR ADICIONADO	**$ 738.112**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**4053**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**49595**	**TIEMPO PRORROGADO:**	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 2.460.374**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**4120**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**50706**	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.460.374**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	46	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

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	REALIZAR ABORDAJE DE LAS MANZANAS CARGADAS POR EL COMPONENTE GEOGRÁFICO Y DAR RESPUESTA DE LAS MISMAS EN EL APLICATIVO
2	ABORDAJE Y CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 121 LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL BARRIO ATENAS
3	IDENTIFICAR DENTRO DE LA CARACTERIZACIÓN FAMILIAR LOS RIESGO EN SALUD POR LOS CUALES SE DEBE GENERAR RESPUESTA
4	GENERAR DERIVACIONES DE LOS RIESGO EN SALUD IDENTIFICADOS EN LOS ENTORNOS Y EAPB QUE SE IDENTIFIQUEN
5	ASISTIR A LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN AGENDADAS POR EL EQUIPO EBEH
6	ASISTIR A LAS REUNIONES AGENDADAS POR EL PROFESIONAL DE APOYO DE EBEH
7	REALIZAR PROCESOS ADMINISTRATIVOS COMO EL CRONOGRAMA DIARIO
8	REALIZAR PROCESOS ADMINISTRATIVOS SOBRE LA REVISIÓN DE ARCHIVOS PLANOS ENVIADOS POR EL ENTORNO EBEH
9	GENERAR LA ENTREGAS DE FORMATOS EN FÍSICO LISTADOS DE FIRMAS Y ACTAS Y REVISIÓN DE LOS SOPORTES REALIZADOS DURANTE EL MES
10	GENERAR RL ABORDAJE Y CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DERIVADAS EN EL LOS CASOS DE RUTEO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9479515974	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	02/01/2025	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	02/01/2025	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	02/01/2025	$ 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 período correspondiente

CAROL ALLISON DIMATE CORTES
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52.231.769
CEL: 3132944189

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**CAROL ALLISON DIMATE CORTES**	**CC:**	52.231.769
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	caroldimate2019@gmail.com	**TELÉFONO:**	3132944189
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6A 49D 33 SUR AP 202	**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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	0550002100121801

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 5376 2024	**N° CDP:**	3662	**N°CRP:**	44681	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		9/02/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :** $ 8.939.359
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.460.374					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					

NOMBRE: CAROL ALLISON DIMATE CORTES
CC 52.231.769
CEL 3132944189

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** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	CAROL ALLISON DIMATE CORTES	**CC:**	52.231.769
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	caroldimate2019@gmail.com	**TELÉFONO:**	3132944189
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6A 49D 33 SUR AP 202	**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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**0550002100121801**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 5376 2024**	**Nº CDP:**	**46**	**Nº CRP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**23/10/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**9/02/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :** **$ 8.939.359**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.460.374					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					

NOMBRE: CAROL ALLISON DIMATE CORTES
CC 52.231.769
CEL 3132944189

	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	**CAROL ALLISON DIMATE CORTES**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.231.769**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN 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 5376 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**23/10/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	3.280.499			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	8.939.359	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	2.460.374
N° PAGO / N° DE INFORME:	**5**	**N° CRP INICIAL:** **44681**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		**3662**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9479515974		**OPERADOR:**		APORTES EN LINEA
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:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (3)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	$ 738.112	**CDP DE LA**	4053	**RP DE LA**	49595	**TIEMPO**	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.374	**CDP DE LA**	4120	**RP DE LA**	50706	**TIEMPO**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.374	**CDP DE LA**	46	**RP DE LA**		**TIEMPO**	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		

IV. VERIFICACION 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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/01/2025 AL 31/01/2025

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LILIANA TELLEZ VALBUENA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

1	2	3	4	5
DOCU	NOMBRE	1	2	3
52126804	ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ	ASIGNACIO N DE	ASIGNACIO N Y	CONTROL Y ASIGNACIÓ
53114910	MYRIAM BEATRIZ RONCANCIO BARRANTES	REALIZAR INVENTARI	RECOLECCI ÓN DE	SEGUIMIEN TO DE
52741773	MAGDA VIVIANA JARAMILLO HERNÁNDEZ	REVISIÓN Y AJUSTES DE PLANOS	FORTALECI MIENTO TÉCNICO EN	REALIZAR CARACTERI ZACIÓN A FAMILIAS Y
1022380127	GYNA PAOLA FALLA CALDERON	SALIDAS A TERRENO	ASISTENCIA A ESPACIOS	DAR CUMPLIMIE
1013657578	SERGIO ANDRÉS ARÉVALO MARTINEZ	APOYAR LAS	REALIZAR ACCIONES	REALIZAR ACCIONES
1026560091	PAULA FERNÁNDA SANCHEZ HENAO	PRESENTAR MENSUALM	PRESTAR SUS	APOYAR LAS
1110451859	ANA MILENA SÁNCHEZ MEDINA	PRESTAR SUS SERVICIOS CON	SE REALIZO REGISTRO A LOS SEGUIMIENT OS EN EL	REALIZAR CANALIZACI ÓN SEGUN LAS NECESIDAD
1033779490	MARIA KATHERINE MORENO LONDOÑO	SE REALIZAN	SE REALIZAN	SE ASISTE A LAS
1023006325	ANGIE LORENA PULIDO PORRAS	ASISTENCIA A	REALIZAR CARACTERI	PRESTAR SERVICIO A
1072961019	LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA	ELABORAR PLAN DE	REGISTRA R	ENTREGAR AL GRUPO
1000491894	VALENTINA JEREZ	REALIZAR NOTIFICACI	VERIFICAR FRECUENCI	REALIZAR AGENDAMIE
1023953436	LAURA TATIANA GARCIA MORENO	SE LLENAN PLANILLAS	SE REALIZA LA	SE REALIZA ENTREGA
1070611790	LEIDY ISABET MORALES SERRATO	SE REALIZA SEGUIMIEN	VERIFICAR CRONOGRA	SEGUIMIEN TO
1023864115	DIANA MARCELA RUIZ MORALES	ELABORACI ON DE	SE REALIZAN	CUMPLIMIE NTO DE
1032429587	JUAN NICOLAS BELTRAN ZARATE	APLICACION DE	REGISTRO DE	DESPLAZAM IENTO A
1110477903	LINA YOHANNA MORENO VALBUENA	SE REALIZA ASISTENCIA	SE REALIZA DILIGENCIA	SE REALIZA DILIGENCIA
1057577775	MÓNICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ	SE REALIZA SEGUIMIEN	VERIFICAR CRONOGRA	SEGUIMIEN TO
1001284056	DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS	SE REALIZA ASISTENCIA	SE REALIZA ASISTENCIA	SE REALIZA EL
1014207770	LORENA TATIANA VELOZA MARTINEZ	PARTICIPAR EN	CUMPLIR CON LAS	ABORDAR A LOS
1023372968	JUAN ESTEBAN GALINDO JIMENEZ	ALISTAMIEN TO Y	ACTUALIZA R	PRESENTAR SOPORTES
1022945514	MARCELA PATIÑO HURTADO	REUNION DE EQUIPO	REALIZAR ABORDAJE	REALIZAR VERIFICACI
53114432	Adriana Karina Bermeo Rodríguez	VACUNACIO N ESTRATEGI A PAGADIARI O A USUARIOS PRIORIZAD OS	VERIFICACI ON APLICATIVO PAI APP Y PAI WEB PARA BUSQUEDA DE USUARIOS A VACUNAR,	VACUNACIO N TERRITORI O A FAMILIAS PRIORIZADA S DE ACUERDO A ASIGANCIO N
80192083	JOSÉ DAVID SARMIENTO LÓPEZ	PARTICIPAR EN	CODIFICACI ÓN	PARTICIPAC IÓN EN
1024504975	NERCY CAROLINA QUIÑONES RAYO	CUMPLIR CON EL	ASISTENCIA A	SE REALIZAN
35251606	ANGELA ADRIANA FORERO PARRA	SE REALIZA SEGUIMIEN	SE PRESENTA	SE REALIZA EL CARGUE
1021662702	DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO	ALISTAMIEN TO Y	ACTUALIZA R	PRESENTAR SOPORTES

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52231769		DIMATE CORTES CAROL ALLISON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 6a 49d 33 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7605709	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1165611408	9479515974	I	2025/01/17	2025/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200