

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO	X
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 PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)	
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acompañamiento de articulación con análisis y políticas. Asistencia técnica Secretaría de Salud 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Proyección de cronograma mensual Noviembre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acompañamiento de articulación con análisis y políticas. Asistencia técnica Secretaría de Salud 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a las actividades sujetas al objeto contractual dentro del marco del Entorno Cuidador Comunitario, participando de las acciones extramurales como asistencias técnicas, direccionamientos técnicos, articulaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiación conceptual de los lineamientos establecidos por Secretaría de Salud para el Entorno Cuidador Comunitario; particularmente el producto 44 Escuchar para mas bienestar - Dimension Lgbt en Vigencia del 16 de Octubre de 2024 a Noviembre de 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil operativo, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Ejecución de actividades con población de distintos colectivos de manera individual, colectivo y familiar desde el perfil operativo en concordancia a los anexos y lineamientos técnicos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de sesiones colectivas . Formato 1A
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil operativo y conforme a los anexos y lineamientos. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a las actividades sujetas al objeto contractual dentro del marco del Entorno Cuidador Comunitario, participando de las acciones extramurales como asistencias técnicas, direccionamientos técnicos, articulaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a las actividades sujetas al objeto contractual dentro del marco del Entorno Cuidador Comunitario, participando de las acciones extramurales como asistencias técnicas, direccionamientos técnicos, articulaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a las actividades sujetas al objeto contractual dentro del marco del Entorno Cuidador Comunitario, participando de las acciones extramurales como asistencias técnicas, direccionamientos técnicos, articulaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta
10	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a las actividades sujetas al objeto contractual dentro del marco del Entorno Cuidador Comunitario, participando de las acciones extramurales como asistencias técnicas, direccionamientos técnicos, articulaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068316771	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	28/11/2024	\$	162,500
PENSIÓN:	PROTECCION	28/11/2024	\$	208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	28/11/2024	\$	31,700
OTRO			\$	-
TOTAL PAGADO			\$	402,200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

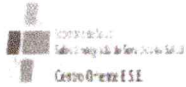
- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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)

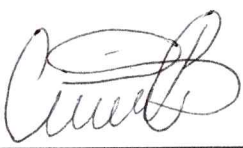
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

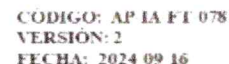
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA CAMILA GARZON ARCE
CC: 1,032,486,001
CEL. 3054111532



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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: 28/02/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAMILA GARZON ARCE			CC:	1,032,486,001	
				RUT (NIT):	1032486001-1	
CORREO ELECTRÓNICO:	garzonandrea218@gmail.com			TELÉFONO:	3054111532	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 106A 154A 12			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.						
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 ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550005800604588	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5088 2024	N° CDP:	3525 - 3954	N° RP:	43793 - 47757	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 2 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 3,950,075
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 401,136					
	CUATROCIENTOS UN MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS					
						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA CAMILA GARZON ARCE						
CC:	1,032,486,001					
CEL:	3054111532					



1,032,486,001

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO O AGENTE DE CAMBIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1/10/2024

\$ 1,025,125

\$ 401,136

2905

2 MESES

SIMPLE

GSP PSPIC - COMUNITARIO

SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

PRÓRROGA (2)

1 MES

16 DIAS

TIEMPO PRORROGADO:**TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****TIEMPO PRORROGADO:****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:	
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)

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 **1/11/2024** al **30/11/2024**

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:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

CLAUDIA IRENE SEGURA VERA

PERFIL:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-29, 04:10:21 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068316771

Periodo Cotización:

octubre de 2024

Periodo Servicio:

octubre de 2024

Referencia pago (PIN): 8822646487

PAGADO 28/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA CAMILA GARZON ARCE			Dirección	CR 106A #154 A - 12
Documento	CC1032486001			Teléfono	3054111532
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1				

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	TRE	TAE	TAP	TAP	VSP	GOR	VST	SUN	RE	LMA	VAC	ANP	VCT	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP	ANP

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, Salidos a Favor) EPB	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	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200	\$ 7.000	\$ 409.200



"Nequi

M9707235

Pago en

¿Cuanto?

\$ 409.200,00

Fecha

28 de noviembre de 2024 a las 04:42
p. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.