

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

ÍTEM	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: Prestación de servicios como Gestor Comunitario en las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas, Entorno Cuidador Comunitario, estrategia Gestión del riesgo en colectivos. Con las actividades de Recorridos de identificación del riesgo en salud sexual y reproductiva, salud mental y crónicos, enganches en las localidades abordadas, articulaciones y concertaciones con líderes y actores sociales para realizar encuentros comunitarios y acciones propias del equipo de Gestión del riesgo en colectivos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y soportes de acciones de apoyo desarrolladas
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cronograma de las acciones a realizar en la estrategia Gestión de riesgo en colectivos del mes de Agosto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en drive
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: Apoyo a la prestación de servicios en el PIC presentando la información solicitada, realizado desde el área de competencia, registro de información al seguimiento al plan de acción, registro de información poblacional en matriz de monitoreo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y soportes de acciones de apoyo desarrolladas
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: Llevar a cabo apoyo a las actividades que están sujetas al objeto contractual, por medio de verificación de la información en aplicativos, tales como, comprobador de derechos, ADRES. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Apoyo a las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios.
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: Lectura y apropiación del documento operativo del Entorno Cuidador Comunitario, vigencia Agosto a Septiembre 15 de 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de apropiación de lineamientos
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada de manera 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: Realizar identificación de espacios dentro del entorno comunitario, para posibilitar el desarrollo de las actividades de los equipos de Gestión del Riesgo en Colectivos. Realizar actividades de enganche a través de recorridos de calle para la implementación de la intervención de los equipos de Gestión del Riesgo en Colectivos. Realizar concertación para el desarrollo de los encuentros comunitarios con actores sectoriales, intersectoriales, comunitarios o civiles. Identificar el riesgo en salud mental, enfermedades no transmisibles, salud sexual y reproductiva, en el entorno comunitario a partir de la implementación de acciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y soportes de acciones de apoyo desarrolladas
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 lineamiento. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar recorrido en la comunidad con el fin de identificar riesgos en salud sexual y reproductivas, riesgos en salud mental y Crónicos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y soportes de acciones de apoyo desarrolladas
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: Realizar las concertaciones y articulaciones en las localidades correspondientes para el desarrollo de las actividades tales como, encuentros comunitario y productos en tamizajes en salud sexual y reproductiva, salud mental y crónicos, además de la entrega de productos garantizando la calidad y el registro de los mismos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de acciones colectivas
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental del 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FUID y unidades de conservación
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: Asistencia a reuniones, capacitaciones, entrega de soportes, en entorno comunitario Equipo de Gestión del Riesgo en Colectivos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de acciones colectivas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9470621480	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	16/08/2024	\$ 162,500
PENSIÓN:	PROTECCION	16/08/2024	\$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	16/08/2024	\$ 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

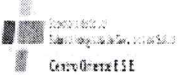
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

Danny Morales O.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANNY HANLLINSON MORALES ORTEGA
CC: 1,015,997,868
CEL 3132120548

		SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION 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: 28/02/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANNY HANLLINSON MORALES ORTEGA		CC:	1,015,997,868	
			RUT (NIT):	1015997868-1	
CORREO ELECTRÓNICO:	dannyjoaquin1502@gmail.com		TELÉFONO:	3132120548	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 47B SUR 23B 70		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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	057045827006707
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 3703 2023	N° CDP:	2562	N° RP:	38271
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 5 MESES 19 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	15/09/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 29,261,495
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/08/2024 AL 31/08/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 818,986				
	OCHOCIENTOS DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS				
DANNY MORALES O.					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANNY HANLLINSON MORALES ORTEGA					
CC:	1,015,997,868				
CEL:	3132120548				

		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				CODIGO: AP LA 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				DANNY HANLLINSON MORALES ORTEGA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1,015,997,868			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		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					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3703 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 1,437,040					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 29,261,495			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 818,986
N° PAGO / N° DE INFORME:		10 de 10		N° CRP INICIAL:		10763	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		1 AÑO 5 MESES 19 DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9470621480		OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GSP PSPIC - COMUNITARIO					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	15	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (15)	PRÓRROGA (13)
VALOR ADICIONADO	\$ 1,746,613	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18072	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,445,761	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22068	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,465,315	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	24577	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,944,504	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	30590	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1,546,045	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	37620	TIEMPO PRORROGADO:	1 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,975,092	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	40669	TIEMPO PRORROGADO:	1 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 28,190	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50391	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,557,409	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10166	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 100,000	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	14925	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 1,537,688	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	17676	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,557,242	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	19641	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1,537,688	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26405	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 1,537,688	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30433	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1,537,688	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34526	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 2,307,532	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38271	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS

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)

N° 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 1/08/2024 al 31/08/2024

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

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 1015997868		MORALES ORTEGA DANNY HANLLINSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrea 53 5-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2606310	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	849734891	9470621480	I	2024/08/16	2024/08/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	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	101599786 8	MORALES DANNY	230201	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS002	30	\$1,300,000	\$162,500	0	\$0	\$0	14-7	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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015997868		MORALES ORTEGA DANNY HANLLINSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrea 53 5-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2606310	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	849734891	9470621480	I	2024/08/16	2024/08/16	BANCO DAVIVIENDA	\$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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200

----- Forwarded message -----

De: servicioalcliente@bancolombia.com.co

Date: 1 de 2 de 2024 16:01

Subject: PSE Transacción Aprobada - CUS 849734891 ✓

To: <dannyjoaquin1502@gmail.com>



¡Hola, Danny hanllinson Morales Ortega !

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada ✓

CUS: 849734891

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9470621480

Valor de la Transacción: \$ 402.200

Fecha de Transacción: 16/08/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

❑ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

❑ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.