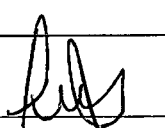
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ZORAIDA MOLINA QUINTANA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.054.539.714		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR 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 5616 2024		FECHA INICIO CONTRATO 10/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 1.066.162		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO TRECE (13) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 6.725.022		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 738.112	
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP: 3662	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y CINCO (5) 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ 738.112		ADICIONES 2	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		PRORROGAS 2	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		2	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		2	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		SI		NO	
FECHA DE LA PÓLIZA		SI		NO	
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)					
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 ACTIVIDADES COMO AUXILIAR CUIDADOR EN ESTRATEGIA DE REL.EVO			
2		PRESENTARSE CON EL FAMILIAR Y PACIENTE Y DARLE A CONOCER TODO EL PROCESO QUE SE VA A REALIZAR DURANTE EL CUIDADO POR PARTE DEL AUX CUIDADOR			
3		SE REALIZARÁ TOMA DE SIGNOS CADA DOS HORAS			
4		SE ASISTIRA AL BAÑO CUANDO EL PACIENTE ASÍ LO REQUIERA SE HARÁN ACTIVIDADES DE BIENESTAR PARA EL PACIENTE			
5		PRESTAR SUS SERVICION CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDAD DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES , SUSCRITO AL FDS Y LA SUB RED PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR			
6		REALIZAR APROPIACION CONCEPTUAL DANDO ES PERFIL CON LOS LINEAMIENTOS» FINANCIAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPO * BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITOS ENTRE EL FDS Y LA SUBRED			
7		PRESTAR SUS SERVICION CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDAD DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES . SUSCRITO AL FDS Y LA SUB RED PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR			
8		REALIZAR APROPIACION CONCEPTUAL DANDO ES PERFIL CON LOS LINEAMIENTOS» FINANCIAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPO * BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITOS ENTRE EL FDS Y LA SUBRED			
9		REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DO CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O VALORACIONES GENERADAS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS			
10		PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES DINAMICAS CONVOCADAS POR FDS DE ACUERDO A LOS BASES ASIGNADAS Y ENTRARSE A LAS ACTIVIDADES , METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRA MURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		1070407169		OPERADOR: SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		ENTIDAD		13/02/2025	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		13/02/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		13/02/2025	
OTRO		MORA		13/02/2025	
TOTAL PAGADO				\$ 443.000	
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 ibe 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 scopop 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 periodo correspondiente					
					
ZORAIDA MOLINA QUINTANA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.054.539.714 CEL: 3042583910					



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 - 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: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	ZORAIDA MOLINA QUINTANA	CC:	1.054.539.714
CORREO ELECTRÓNICO:	molinazoraida776@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 69 D sur 77 j 29	TELÉFONO:	3042583910
		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)

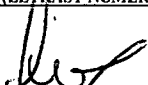
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	49969566
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5616 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	7816	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y CINCO (5) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 6.725.022	

PERIODO OBJETO DE COBRO: 01/02/2025 AL 09/02/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 738.112 SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE
---	--


NOMBRE: ZORAIDA MOLINA QUINTANA
CC 1.054.539.714
CEL 3042583910



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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

ZORAIDA MOLINA QUINTANA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.054.539.714

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR 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 5616 2024

FECHA INICIO CONTRATO

10/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

1.066.162

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

6.725.022

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO
A CERTIFICAR:

\$

738.112

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

5

Nº CRP
INICIAL:

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

3662

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES Y CINCO (5) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1070407169

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:

LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4.053	RP DE LA	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	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
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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 scop 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 01/02/2025 AL 09/02/2025

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

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



Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-13, 04:15:08 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1070407169
 Período Cotización: enero de 2025 Período Servicio: enero de 2025 Referencia pago (PIN): 8622901948

PAGADO 13/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ZORAIDA MOLINA QUINTANA		
Documento	CC1054539714	Dirección	CR 22A #71 - 64
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3042583910
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades												Pensiones		Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Régimen Cotización	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36</



Scotiabank

COLPatria

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Comprobante de Pago de Facturas

Fecha de Emisión

FRANCOBOLIVIANO

Fecha: 13/02/2023
Monto: 1.500.000
Terminar en: 1555 18
Código de Pago: 1555 18
Código de Pago: 1555 18
Código de Pago: 1555 18
Referencia: 4022001948

Valor: \$413.000
Identificación: 1555 18
de: BANCA AGRICOLA MERCOSUR VENEZUELA

Línea de atención personalizada en Bogotá
347081 Resto del País: 01 6000 760 500

¡Ayuda también puede bajar su tarjeta de
crédito y más de 100 servicios del Banco
Scotiabank Colombia!

BANCO MULTIBANCO COLOMBIA VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

