	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD	Fecha:	13/3/2025

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$52,000,000.00			Valor a Pagar:	$5,200,000.00
Número:	188	Fec. Suscripción:	Feb 13 2025	Fecha de iniciación:	Feb 14 2025
N° CDP:	67	Fecha:	Ene 22 2025	Fecha de terminación:	Dic 13 2025
N° RP:	405	Fecha:	Feb 14 2025	Duración:	Meses 10 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA S			Periodo a pagar:	Feb 14 2025 - Mar 13 2025
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios profesionales especializados para apoyar la ejecución de las actividades propias del proyecto de inversión fortalecimiento de la gestión de la secretaria de salud departamental de Bolívar.

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de CINCUENTA Y DOS MILLONES DE PESOS ($52.000.000) M/CTE; los cuales serán cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; EL DEPARTAMENTO realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($5.200.000) M/CTE), que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

El contratista deberá presentar: informe de actividades, recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones según lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor.

PARÁGRAFO: El contratista podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje y tiquetes aéreos, para que se traslade fuera de la ciudad en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de los tiquetes aéreos y gastos de viaje, se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable a la Gobernación de Bolívar y factura (cuando aplique).

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**RONI GOMEZ ESCORCIA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	9149959	DV.	
Dirección:	URB TERRAZAS DE CUCUMAN								
Número de Teléfono:	0			FAX:			CEL.	3217736542	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**50998597410**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	**x**	Persona Jurídica:	Regimen: **N.A.**
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
	He verificado de esta información frente al RUT:		SI: x	NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: **X**	NO:	# de folios:		
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	**SI**	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano:	**SI**	Fecha:	Mar 13 2025

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: ninguna

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$400,000.00	Periodo	FEBRERO	Valor pagado	$512,000.00	Periodo	FEBRERO
Comprobante de pago Número:		9480936723		Comprobante de pago Número:		9480936723	
Fecha de pago:		Mar 13 2025		Fecha de pago:		Mar 13 2025	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$16,800.00	Periodo	FEBRERO	ninguna
Comprobante de pago Número:		9480936723		
Fecha de pago:		Mar 13 2025		

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION

Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos".

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: 65170AC9-28B3-4278-9DA0-6FD78544B864

NOMBRE CONTRATISTA: RONI GOMEZ ESCORCIA

C.C.: 9149959

FIRMA SUPERVISOR FD543A52-444E-4B05-B2D5-E439596EDE07

NOMBRE SUPERVISOR: LABIB DE JESUS PALIS MUNERA

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS	CODIGO: S-003 Versión: 1.01 Fecha: 19/05/2017

Turbaco, Mar 13 2025

SECRETARIA DE SALUD

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Feb 14 2025 - Mar 13 2025, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	RONI GOMEZ ESCORCIA
Identificación:	9149959

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	188	**Fec. Suscripción:**	Feb 13 2025	**Fecha de iniciación:**	Feb 14 2025
	Duración:		**Meses:** 10	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	Dic 13 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales especializados para apoyar la ejecución de las actividades propias del proyecto de inversión fortalecimiento de la gestión de la secretaria de salud departamental de Bolívar.					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
1. Apoyar al director Administrativo y Financiero de la secretaria de Salud en los asuntos de su competencia.2. Revisar y/o realizar los diligenciamientos, consolidación y rendición de los reportes enviados a los diferentes entes de control, autoridades competentes y entes fiscalizadores.3. Apoyar en la aplicación de las políticas y ejecución de los procesos que se realicen desde la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.4. Apoyar en el seguimiento a la ejecución de programas y proyectos relacionados con la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.5. Apoyar a la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud en las actividades logísticas que se requieran para el desarrollo de las diferentes sesiones, mesas de trabajo, reuniones que sean de competencia.6. Asesorar en el análisis de los estudios de costos y presupuestos de los procesos que adelante la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.7. Asesorar en los procesos y procedimientos contables y presupuestales que requiera y realice la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.8. apoyar profesionalmente en la Revisión de cuentas y cartera por pagar de la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.9. Asistir a reuniones y/o mesas de trabajos a las que sea convocado por el supervisor del contrato.10. Las demás obligaciones que se derivan de este contrato. 11. Las demás que le asigne el supervisor del contrato.	1. Apoye al director Administrativo y Financiero de la secretaria de Salud en los asuntos de su competencia.2. Revise y/o realizar los diligenciamientos, consolidación y rendición de los reportes enviados a los diferentes entes de control, autoridades competentes y entes fiscalizadores.3. Apoye en la aplicación de las políticas y ejecución de los procesos que se realicen desde la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.4. Apoye en el seguimiento a la ejecución de programas y proyectos relacionados con la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.5. Apoye a la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud en las actividades logísticas que se requieran para el desarrollo de las diferentes sesiones, mesas de trabajo, reuniones que sean de competencia.6. Asesore en el análisis de los estudios de costos y presupuestos de los procesos que adelante la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.7. Asesore en los procesos y procedimientos contables y presupuestales que requiera y realice la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.8. apoyar profesionalmente en la Revisión de cuentas y cartera por pagar de la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.9. Asistir a reuniones y/o mesas de trabajos a las que sea convocado por el supervisor del contrato.10. Las demás obligaciones que se derivan de este contrato. 11. Las demás que le asigne el supervisor del contrato.
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

E72518FD-5D1C-4F24-AB22-DB18BEA847E4

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **RONI GOMEZ ESCORCIA**

C. C. : **9149959**

aportes en línea

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 9149959		GOMEZ ESCORCIA RONY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB. TERRAZAS DE CUCUMAN MZ 5 LOTE 8	TURBACO-BOLIVAR	6537771	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1280200134	9480936723	I	2025/03/14	2025/02/20	BANCOLOMBIA	0	$928,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0
Ciudad: TURBACO Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0
1	CC	9149959	GOMEZ RONI	230301	30	$3,200,000	$512,000	EPS010	30	$3,200,000	$400,000		0	$0	$0	14-11	30	$3,200,000	$16,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0

aportes en línea

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 9149959		GOMEZ ESCORCIA RONY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB. TERRAZAS DE CUCUMAN MZ 5 LOTE 8	TURBACO-BOLIVAR	6537771	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1280200134	9480936723	I	2025/03/14	2025/02/20	BANCOLOMBIA	0	$928,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$512,000	$0	$0	$512,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$512,000	$0	$0	$512,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,800	$0	$0	$16,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$16,800	$0	$0	$16,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$400,000	$0	$0	$400,000
TOTAL				1	$928,800	$0	$0	$928,800

GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	ACTA DE INICIO CONTRATOS	CODIGO: Safe 001 Versión: 2.01 Fecha: 02/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD

En Turbaco, a los Catorce (14) de Febrero de 2025, se reunieron RONI GOMEZ ESCORCIA, identificado con la cedula de Ciudadanía No 9149959, en su calidad de Contratista y LABIB DE JESUS PALIS MUNERA en su calidad de supervisor, con el fin de dar inicio al contrato N° 188 de 2025.

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DEL CONTRATO

Número:	188	Fec. Suscripción:	Feb 13 2025	Fecha de iniciación:	Feb 14 2025
N° CDP:	67	Fecha:	Ene 22 2025	Fecha de terminación:	Dic 13 2025
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción -FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA				
N° RP:	405	Fecha:	Feb 14 2025	Duración:	Meses 10 Días 0
Valor Contrato:	Cincuenta y dos millones de pesos mcte($52,000,000.00)				
Valor Mensual:	Cinco millones doscientos mil pesos mcte($5,200,000.00)				

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios profesionales especializados para apoyar la ejecución de las actividades propias del proyecto de inversión fortalecimiento de la gestión de la secretaria de salud departamental de Bolívar.

OBLIGACIONES DEL CONTRATO

1. Apoyar al director Administrativo y Financiero de la secretaria de Salud en los asuntos de su competencia.2. Revisar y/o realizar los diligenciamientos, consolidación y rendición de los reportes enviados a los diferentes entes de control, autoridades competentes y entes fiscalizadores.3. Apoyar en la aplicación de las políticas y ejecución de los procesos que se realicen desde la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.4. Apoyar en el seguimiento a la ejecución de programas y proyectos relacionados con la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.5. Apoyar a la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud en las actividades logísticas que se requieran para el desarrollo de las diferentes sesiones, mesas de trabajo, reuniones que sean de competencia.6. Asesorar en el análisis de los estudios de costos y presupuestos de los procesos que adelante la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.7. Asesorar en los procesos y procedimientos contables y presupuestales que requiera y realice la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.8. apoyar profesionalmente en la Revisión de cuentas y cartera por pagar de la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.9. Asistir a reuniones y/o mesas de trabajos a las que sea convocado por el supervisor del contrato.10. Las demás obligaciones que se derivan de este contrato. 11. Las demás que le asigne el supervisor del contrato.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**RONI GOMEZ ESCORCIA**
Identificación:	**9149959**
Dirección:	URB TERRAZAS DE CUCUMAN
Número de Teléfono:	0 CEL 3217736542
PERFIL DEL CONTRATISTA	UN (01) PROFESIONAL EN CONTADURIA PUBLICA ESPECIALISTA CON EXPERIENCIA PROFESIONAL DE DOS (2) AÑOS.

B3E79BC0-7E1E-47B7-91BC-03F1BBDC3D7E

FIRMA CONTRATISTA:

NOMBRE CONTRATISTA: RONI GOMEZ ESCORCIA

C.C.: 9149959

7A4C1879-B5EA-4EE7-A732-CCB21AA48A5F

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: LABIB DE JESUS PALIS MUNERA

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Medellín, 06 de marzo de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que RONI GOMEZ ESCORCIA identificado(a) con C9149959 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C91499592506536536

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

Certificado
Bancario

Martes, 30 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que RONI GOMEZ ESCORCIA identificado(a) con CC 9149959, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	50998597410	2018/08/24	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARIA DE HACIENDA
RECIBO OFICIAL DE PAGO
CONTRATOS OPS Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL 2025

FECHA DE EMISIÓN: 13 Mar 2025 **FECHA LÍMITE DE PAGO:** 11 Jun 2025 **RECIBO:** 250301800460

CONTRIBUYENTE

Contribuyente:	RONI GOMEZ ESCORCIA	**Identificación:**	C	9149959	**No. Recibo Pago:**
Nombre Acto:	CONTRATOS OPS Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL 2025	**Base Gravable**	5,200,000		**250301800460**
Entidad Contratante:	8 - SECRETARIA DE SALUD DE BOLIVAR	**Nro Acto Administrativo:**	188	**Fecha Del Contrato:**	14 Feb 2025

Concepto	Descripción	Tarifa	Valor
600	ESTAMPILLA PARA BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
650	ESTAMPILLA PRO-CULTURA	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
500	ESTAMPILLA PRODESARROLLO	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
374	ESTAMPILLA PRODESARROLLO (LIQUIDACION RECIBO)	(5,200,000x6/100)	$ 20,000
		TOTAL	**$ 332,000**

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARIA DE HACIENDA
RECIBO OFICIAL DE PAGO
CONTRATOS OPS Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL 2025

FECHA DE EMISIÓN: 13 Mar 2025 **FECHA LÍMITE DE PAGO:** 11 Jun 2025 **RECIBO:** 250301800460

GOBERNACIÓN

Contribuyente:	RONI GOMEZ ESCORCIA	**Identificación:**	C	9149959	**No. Recibo Pago:**
Nombre Acto:	CONTRATOS OPS Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL 2025	**Base Gravable**	5,200,000		**250301800460**
Entidad Contratante:	8 - SECRETARIA DE SALUD DE BOLIVAR	**Nro Acto Administrativo:**	188	**Fecha Del Contrato:**	14 Feb 2025

Concepto	Descripción	Tarifa	Valor
600	ESTAMPILLA PARA BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
650	ESTAMPILLA PRO-CULTURA	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
500	ESTAMPILLA PRODESARROLLO	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
374	ESTAMPILLA PRODESARROLLO (LIQUIDACION RECIBO)	(5,200,000x6/100)	$ 20,000
		TOTAL	**$ 332,000**

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARIA DE HACIENDA
RECIBO OFICIAL DE PAGO
CONTRATOS OPS Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL 2025

FECHA DE EMISIÓN: 13 Mar 2025 **FECHA LÍMITE DE PAGO:** 11 Jun 2025 **RECIBO:** 250301800460

BANCO

Contribuyente:	RONI GOMEZ ESCORCIA	**Identificación:**	C	9149959	**No. Recibo Pago:**
Nombre Acto:	CONTRATOS OPS Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL 2025	**Base Gravable**	5,200,000		**250301800460**
Entidad Contratante:	8 - SECRETARIA DE SALUD DE BOLIVAR	**Nro Acto Administrativo:**	188	**Fecha Del Contrato:**	14 Feb 2025

Concepto	Descripción	Tarifa	Valor
600	ESTAMPILLA PARA BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
650	ESTAMPILLA PRO-CULTURA	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
500	ESTAMPILLA PRODESARROLLO	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
374	ESTAMPILLA PRODESARROLLO (LIQUIDACION RECIBO)	(5,200,000x6/100)	$ 20,000
		TOTAL	**$ 332,000**

(415)7709998124714(8020)250301800464(3900)0000104000(96)20250611

(415)7709998252103(8020)250301800462(3900)0000104000(96)20250611

(415)7709998318489(8020)250301800463(3900)0000124000(96)20250611

Señores cajero y contribuyente verifiquen que el valor del pago sea igual al valor total de la factura.
BANCO GNB SUDAMERIS, BBVA , BANCO DE OCCIDENTE, BANCO DAVIVIENDA SA

Scanned with CamScanner