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

LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,013,650,529				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1428 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	2/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14,838,912	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CUATRO (4) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14,838,912		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3,709,728	
Nº DE INFORME:	TRES (3)	**Nº CRP:**	6089	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

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 obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se orienta al paciente y/o familiar sobre los requerimientos que se establecen desde la EPS e IPS, para el goce efectivo de la prestación de los servicios en salud.firmas en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud - (36) registros firmados en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud.
2	Se alimentan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social para realizar estudios de caso. Asi mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social - pacientes en seguimiento, por su condición irregular migrante en el pais.
3	Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de atención médica. Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos - respuesta a interconultas por riesgo social notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los servicios de alojamiento conjunto y sala de partos.
4	Se realiza solicitud de oxigeno a pacientes que se encuentran hospitalizados en los servicios de hospitalización, se realizan trámites a necesidad del servicio - trámite de oxigeno domiciliario radicado ante la oficina de Autorizaciones, siguientes se proyectan a necesidad del servicio.
5	Se desarrollan las gestiones y trámites correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios, respecto a la atención de población vulnerable habitante de calle sin certificar, población extranjera e indocumentados - Estudios sociales de caso, realizados a pacientes migrantes en condición irregular.
6	Se realizan (30) registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas - Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá.
7	Se realiza seguimiento a pacientes gestantes en articulación con el área de autorizaciones - diligenciamiento y entrega de ficha SIVIM, siguientes se proyectan a necesidad del servicio
8	Se socializa información a paciente en contexto de hospitalización/Urgencias sobre El Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S E. - (24) registros firmados en planilla de socialización.
9	Se realiza trámites pertinentes frente a conocimiento de caso, solicitud de valoración y asignación de cupo para pacientes en abandono social, ante la Secretaria Distrital de Integración Social - paciente ubicados en hogares de paso para habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social.
10	Se da respuesta a las actividades acordadas, y horarios establecidos por el supervisor del contrato Se realiza pago de planilla de seguridad social en salud del mes correspondiente. Se sensibiliza a funcionarios en derechos y deberes en salud - (30) firmas en planilla de orientaciones a funcionarios en temas de derechos y deberes salud y servicio de ingreso, acceso, atención y egresos de paciente en el hospital
11	En los casos en los que se requiere datos adicionales se verifica en la historia clinica con el fin de maximizar información requerida para el tratamiento de caso - Se complementa información de pacientes interconsultados por le servicio médico.
12	Se realiza asistencia y participación activa en el curso mensual, logrando asi fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio - Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificación del mismo
13	Se asiste a reunión mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo - Se realiza evaluación de asistencia, se envia evidencia a grupo de Trabajo Social.
14	Se realiza apoyo a instituciones terceras o personas naturales que requieren del servicio de trabjo social, ej. talleres, donaciones entre otros - Se realiza acompañamiento por parte de Trabajo Social.
15	Se generan los espacios propicios para la asertiva atención de los usuarios, garantizando la reserva profesional de cada caso o situación presentada por el paciente - Atención de casos con garantia de derechos y confidencialidad.
16	Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio - Atención oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y trámites emergentes.
17	Se asiste a los servicio con los elementos institucionales portados correctamente, asi como el ingresos a cada servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiologia - Se da cumpliiento a los protocolos establecidos tante en áreas comunes de los centros de salud, como en los servicios.
18	Se da cumplimiento a los requerimientos, solictudes y trámites establecidos por la Oficina - Cumplimiento oportuno de requermientos por parte del área administrativa.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7959890980	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	10/3/2025	$ 191,200
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	10/3/2025	$ 244,700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLÍVAR	10/3/2025	$ 37,300
OTRO	CCF COMPENSAR	10/03/2025	$ 30,600
	TOTAL PAGADO		**$ 503,800**

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)

Turnos de fin de semana realizados los dias SÁBADO 29 DE MARZO DEL 2025 Y DOMINGO 30 DE MARZO DEL 2025 - BAJAS COMPLEJIDADES se enviarán los respectivos soportes al correo apoyotecnicoparticipación@subredcentrooriente.gov.co

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN
C.C 1,013,650,529
Cel: 313 414 6381

LADY BARBOSA

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: 31/3/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN**	**CC:**	**1013650529**
		RUT (NIT):	**1013650529**
CORREO ELECTRÓNICO:	tsladybarbosa@gmail.com	**TELÉFONO:**	**313 414 6381**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 7 Sur # 8 B - 20	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C.

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	**( )**

bre 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 exen

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**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**550008390741199**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1428 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	**6089**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**	**CUATRO (4) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/1/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/4/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 14,838,912**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL**	**1/3/2025**	**AL**	**31/3/2025**			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**						**3,709,728**
	TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS MDA/CTE						

LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN
C.C 1,013,650,529
Cel: 313 414 6381

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 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	LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,013,650,529

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1428 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/1/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14,838,912				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14,838,912	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3,709,728		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	TRES (3)	Nº CRP INICIAL:	6089	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7959890980	OPERADOR:	SOI		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				0	0
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICION:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
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)

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
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 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 recop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, **CERTIFICÓ** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **1/3/2025** **AL** **31/3/2025**

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
CARGO:
JEFE DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS
PERFIL:
TÉCNICO ADMINISTRATIVO II

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013650529
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LADY VIVIANA BARBOSA CHACON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLLE 7 SUR # 88-20	TELÉFONO:	4632090
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7959890980	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	13219#1813

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 244.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 244.700	$ 0	$ 244.700
SUBTOTALES:										$ 244.700	$ 0	$ 244.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 191.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 191.200	$ 0	$ 0	$ 191.200
SUBTOTALES:													$ 191.200	$ 0	$ 0	$ 191.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 37.300	$ 37.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.300
SUBTOTALES:									$ 37.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA		VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 30.600	$ 0		$ 30.600
SUBTOTALES:			$ 30.600	$ 0		$ 30.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD							ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1013650529	BARBOSA CHACON LADY VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.528.858				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.528.858	$ 244.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 244.700	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.528.858	$ 191.200	$ 0	$ 191.200	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.528.858	$101365052	$ 37.300	30	$ 1.528.858	CCF24-COMPENSAR	$ 30.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 503.800

Planilla Pagada