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					
LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO					
	CON C.C Nº	**1.032.374.020**			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1622 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** **46.327.200**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** **46.327.200**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** **11.002.710**	
Nº DE INFORME:	CUATRO (4)	**Nº CRP:**	6267	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
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:**	
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 (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A

ITEM	**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	Realizo valoracion de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolucion, ajustes en el manejo y definicion de conductas de acuerdo con la experticia clinica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente
2	Brindo una atencion en salud oportuna, integra, suficiente y pertientne Realizo la evolucion escrita de los pacientes valorados ,asi como el seguimiento e interpretacion de laboratorios y otros medios diagnosticos en un a mbiente de atencion humanizada de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion.
3	Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED , su vision, mision, estructura organica, reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios.
4	Realizo las actividades asisitenciales segun las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido
5	Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de informacion
6	Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan.registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación.
7	Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
8	Se impartieron las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo. Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
9	Emito conceptos médicos que se requirieron, de conformidad a mi especialidad, realize resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me fueron solicitados. Ademas se diligencio el formato de entrega de turno institucional. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido
10	Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
11	La custodia de la información contenida en historia clínica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de información clínica en los terminos de la Resolución 1995/1999.
12	Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
13	Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos.
14	Se notifica al area encargada cuando hay algun susceso con los equipos que se encuentran dentro del servicio.
15	Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
16	Participacion activa en las actividades del servicio
17	Participe en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

18	Participacion en actividades y jornadasa programadas por la SUBRED	
19	Se participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio cuando esta actividad es requerida por el lider del servicio	
20	Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iníciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el lider del servicio	
21	Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio	
22	Notificar en la pagina de seguridad del paciente eventos de seguridad	
23	Se diligenció y reportó oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.	
24	Participacion en actividades academicas del servicio, asi como las convocadas desde gestion del conocimiento	
25	Se instruye a la comunidad al momento de dar informacion medica asi como al alta hospitalaria con la activacion de las RIAS	
26	Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fuí convocado.	
27	Se informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones	
28	Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificacion de cumplimiento de actividades y obligaciones	
29	Se cumplio oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.	
30	Se acredito la inscripcion	
31	uso diario de carnet de identificacion en la institucion	
32	Se cumplio la programacion de actividades agendadas y acordadas con el supervisor del contrato. Las novedades tambien fueron gestionadas	
33	Cuando aplica se participa en investigaciones	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9483865613**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**		**1/04/2025**	**$ 521.200**
PENSIÓN:	**PROTECCION**		**1/04/2025**	**$ 667.200**
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**		**1/04/2025**	**$ 101.600**
OTRO				**$ 1.290.000**
TOTAL PAGADO				

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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)

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

Laura Carolina Oyaga R.

LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO
FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:1.032.374.020
CEL:3182391841

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: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO**	**CC:**	1032374020
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURACAROLINAOR@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3182391841
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 137 55 42	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	( )
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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**82462107711**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1622 2025**	**N° CDP:**		**N°. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**$ 46.327.200**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**11.002.710**
	ONCE MILLONES DOS MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE					

Laura Carolina Oyaga R

LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO
1032374020
3182391841

	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	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			**LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.032.374.020**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1622 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	46.327.200				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 46.327.200		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 11.002.710**
N° PAGO / N° DE INFORME:	(4 de 4)	**N° CRP INICIAL:**	6267	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9483865613		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		1	1
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
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)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

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 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 (01/04/2025) AL 30/04/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **REFERENTE CLINICAS MEDICAS** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

LAURA CAROLINA OYAGA RIZZO

Medicina Interna

NIT: 1032374020-1

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CALLE 6 C No 72 B 45 IN 10 AP 304, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3182391841

Autorización facturación electrónica No. 18764084452573 válida desde 2024-12-01 hasta 2025-06-01 rango desde C-58 hasta C-100

CODIGO ICA 8621-1 - Tarifa 9.66 * 1.000 - No somos Grandes Contribuyentes - No somos Autorretenedores.

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051-7
Razon Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	DG 34 No 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA	
No. de Factura	C - 62
Fecha Emisión	08/04/2025 22:27:57-05:00
Fecha Vencimiento	08/05/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	08/05/2025
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% V. VAL	MONTO		
1	85121200 -5	Servicios de médicos especialistas Servicios de consulta en medicina interna en el mes de Abril de 2025	WSD	1,00	$11.002.710,00	Otro Otros tributos, tasas, contribuciones, y	0%	0	0,00	$11.002.710,00

Impuestos	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe
ZZ Otro Otros tributos, tasas, contribuciones, y	$11.002.710,00	0.00%	$0,00

Subtotal:	$11.002.710,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Otro Otros tributos, tasas, contribuciones, y:	$0,00
Total:	$11.002.710,00

CUFE:	4eb01bf0ef2703097b8f4ee3c3393d4b5eb2b2a101356804811726ea8ac924e47c0b443474fa1a1e66ab74ddcfcc7fca
Total con letra:	(once millones dos mil setecientos diez pesos)

Firma Digital: ClMwNEb7vQL5Wz4lvkyy72Tyx2FrW/7G4vr31T6mKdti2MB1fUHHdC7/4kltYZS2
DGP+OASCPBVAvu017mee3HYaPdKb1zjW/WCyOlA7nOka3BsZjH
Z87Bn91Bl68VYQ ogwmm8qck2OzRnvVqHfYgFEHlScsRP//2bXMDYxOiRyJ88JYjxYCYDP3ATAb5HyU zRVRBuavyY8q736pAWvs4eXB2jHmSG+uNVT
gUrl2jTq9z9ZQWo/QlrZ321VUJbz5 CTrqdjrbmwbXBRqWJ0XrXQZy2AYoAtduxOkdeuUolJwwqx8PK4sacJk8qDybqtXl OYCwNyWlshTLKK+D5pWe
Tw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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 1032374020		OYAGA RIZZO LAURA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6c #72b45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5106421	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1377816401	9483865613	I	2025/04/04	2025/04/01	BANCOLOMBIA	0	$1,290,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$667,200	$0	$0	$667,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$667,200	$0	$0	$667,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$101,600	$0	$0	$101,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$101,600	$0	$0	$101,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$521,200	$0	$0	$521,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$521,200	$0	$0	$521,200
TOTAL				1	$1,290,000	$0	$0	$1,290,000

PLANILLA PAGADA