Secretaría Distrital 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					
YAQUELINE MOYANO MAHECHA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.054.171			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2793 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	S 14.926.500	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S 29.853.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	S 4.975.500		
N° DE INFORME:	N° 5	**N° CRP INICIAL**	7103	**N° CDP INICIAL**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARYURY DIAZ CESPEDES (SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1
VALOR ADICIONADO	S 14.926.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	776	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12241	**TIEMPO PRORROGADO:** TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	S -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Se realiza seguimiento de Producción de la Dirección Técnica de Servicios Ambulatorios de las tipologías Consultorio Basico, Especializado, Odontologico Básico y Especializado con envio de información por correo electrónico en el cual se adjunta base de consultas sin registro (en blanco) para validación de las consultas en cada una de las sedes según reportes detallados de la facturación preliminar generados en DGH los dias 3, 10, 16, 21, 24 de abril y 2 y 8 de mayo. Se socializa información a gobierno clinico (lider y apoyo).
2	Se realiza seguimiento de Producción de la Dirección Técnica Hospitalaria de las tipologías Egreso UCIs e Intermedios con envio de correo electrónico en donde se incluye la información de número de egresos pendientes (del mes y producción proyectada diaria teniendo en cuenta la fecha de corte), para alcanzar la meta fijada para la Subred según reportes detallados de la facturación preliminar generados en DGH con el fin de que la producción de las tipologías queden en senda en el consolidado del contrato los dias 1, 8, 15, 22 y 29 de abril y 6 y 13 de mayo. Se socializa información a gobierno clinico (lider y apoyo).
3	Se realiza seguimiento de Producción de la Dirección Técnica Hospitalaria de las tipologías Egreso cama Básica y Egreso Cama Especializado, los dias 1, 8, 15, 22 y 29 de abril y 6 y 13 de mayo con envio de correo electrónico en donde se incluye la información de número de egresos pendientes (del mes y producción proyectada diaria teniendo en cuenta la fecha de corte) para alcanzar la meta fijada para la Subred según reportes detallados de la facturación preliminar generados en DGH, con el fin de que la producción de las tipologías queden en senda en el consolidado del contrato. Se socializa información a gobierno clinico (lider y apoyo).
4	Se realiza seguimiento de Producción de la Dirección Técnica de Servicios Hospitalarios de las tipologías Quirúrgicas (grupos 2 al 6, 7 al 10, 11 al 13, 20 a 23 y Partos y Cesareas) los dias 1, 8, 15, 22 y 29 de abril y 6 y 13 de mayo con envio de correo electrónico en donde se incluye la información de número de procedimientos pendientes (del mes y producción proyectada diaria teniendo en cuenta la fecha de corte) para alcanzar la meta fijada para la Subred según reportes detallados de la facturación preliminar generados en DGH, con el fin de que la producción de las tipologías queden en senda en el consolidado. Se socializa información a gobierno clinico (lider y apoyo).
5	Se realiza seguimiento de Producción de la Dirección Técnica de Urgencias de la tipología Consultorio de Urgencias los dias 3, 10, 24 de abril y 2 y 8 de mayo por medio de correo electrónico en donde se incluye la información de número de consultas pendientes (del mes y producción proyectada diaria teniendo en cuenta la fecha de corte) para alcanzar la meta fijada para la Subred según reportes detallados de la facturación preliminar generados en DGH, con el fin de quedar en senda en el consolidado del contrato. Se socializa información a gobierno clinico (lider y apoyo).
6	Se reporta a lider de facturación mediante correo electronico en archivo Excel los hallazgos en producción que se encuentran en las tipologías Egreso cama Básica, Egreso cama Especializada, Egreso UCIs e Intermedios para realizar el posible ajuste de ser necesario según reportes detallados de la facturación preliminar generados en DGH en donde se tiene en cuenta la realización de procedimientos quirúrgicos y fechas de ingreso y egreso de la estancia hospitalaria los dias 8, 15, 22 y 29 de abril y 6 y 13 de mayo

7	Se finaliza la auditoria y se realiza la conciliación de objeciones reportadas por la EPS a la Subred Centro Oriente contrato 003 PGP, de la producción de Egresos Hospitalarios, Unidad de Cuidado Intensivo, Unidad de Cuidado Intermedio y Procedimientos Quirúrgicos correspondientes a los meses de mayo y junio de 2024 con el auditor de Capital Salud los dias 24, 25 y 28 de abril de 2025.
8	Se envia por correo electronico la presentación de la ejecucion 2024 - 2025 del contrato PGP 003 en donde se incluye la información de la radicación presentada a la EPS durante el año 2024 hasta el mes de marzo 2025 y las cifras del reporte preliminar de abril 2025 enviado por facturación la cual incluye ademas las cifras de producción sugerida por tipología para quedar en senda teniendo en cuenta la adicion de mayo y junio de 2025, el dia 7 de mayo de 2025 a la Subgerencia de Servicios de Salud.
9	Se inicia en el mes de mayo la auditoria de las objeciones realizadas por el auditor de la EPS Capital Salud al contrato 003 PGP correspondiente a la producción del mes de julio de 2024. Ademas se valida la conciliacion del primer semestre con el fin de realizar actas de conciliacion el 29 de abril.
10	Se asiste a reunión presencial para socializacion de la nueva metodologia de la EPS para realizar la auditoria y conciliacion: "LINEAMIENTOS CONCILIACION PGP Y PYD", en la sede administrativa de la EPS Capital Salud con la asistencia de las cuatro subredes
11	Se asiste a reunión seguimiento al contrato 003 PGP correspondiente al mes de enero 2025 realizada el 30 de abril en donde se notifica a la EPS el avance del proceso de conciliación de objeciones de 2024 el cual se encuentra realizado hasta el mes de junio de 2024.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9486025159	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR EPS	15/05/2025	$ 625.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/05/2025	$ 800.000
RIESGOS LABORALES:	SURA ARL	15/05/2025	$ 121.800
OTRO	CCF COMPENSAR	15/05/2025	$ 30.000
	TOTAL PAGADO		$ 1.576.800

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)

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

Yaquel Moyano

YAQUELINE MOYANO MAHECHA
CC: 52.054.171
CEL: 3112110878

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *(31/05/2025)*

NOMBRES Y APELLIDOS:	YAQUELINE MOYANO MAHECHA	**CC:**	52054171
		RUT (NIT):	52054171-2
CORREO ELECTRÓNICO:	yaquiaergo@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3112110878
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 3 SUR N° 70 84 APARTAMENTO 503 TORRE 6	**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

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:	**BANCO DE BOGOTA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**25394495**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2793 2025**	**N° CDP:**	**776**	**N°. RP:**	**12241**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 29.853.000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**4.975.500**
	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS					

Maquel Moyano.

YAQUELINE MOYANO MAHECHA
C.C 52.054.171
cel: 3112110878

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**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**YAQUELINE MOYANO MAHECHA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**52.054.171**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2793 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.926.500,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.853.000,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(5 DE 5)	**N° CRP INICIAL:** 7103	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N° 9486025159)		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARYURY DIAZ CESPEDES (SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 14.926.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	776	**RP DE LA ADICIÓN:**	12241	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) 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:**	
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	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		

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 (01/05/2025) al (31/05/2025)

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
MARYURY DIAZ CESPEDES
CARGO: SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

PERFIL: APOYO ESPECIALIZADO SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

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 52054171		MOYANO MAHECHA YAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3sur70-84apto503to 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4671013	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1482202702	9486025159	I	2025/05/19	2025/05/15	BANCO DE BOGOTA	0	$1,576,800

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)						$5,000,000	$800,000			$5,000,000	$625,000			$5,000,000	$30,000			$5,000,000	$121,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$5,000,000	$800,000			$5,000,000	$625,000			$5,000,000	$30,000			$5,000,000	$121,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$5,000,000	$800,000			$5,000,000	$625,000			$5,000,000	$30,000			$5,000,000	$121,800		$0	$0
1	CC	52054171	MOYANO YAQUELINE	25-14	30	$5,000,000	$800,000	EPS008	30	$5,000,000	$625,000	CCF24	30	$5,000,000	$30,000	14-11	30	$5,000,000	$121,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$5,000,000	$800,000			$5,000,000	$625,000			$5,000,000	$30,000			$5,000,000	$121,800		$0	$0

2025/05/15 06:45 AM

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 52054171		MOYANO MAHECHA YAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3sur70-84apto503to 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4671013	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1482202702	9486025159	I	2025/05/19	2025/05/15	BANCO DE BOGOTA	0	$1,576,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$800,000	$0	$0	$800,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$800,000	$0	$0	$800,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$121,800	$0	$0	$121,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$121,800	$0	$0	$121,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$30,000	$0	$0	$30,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$625,000	$0	$0	$625,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$625,000	$0	$0	$625,000
TOTAL				1	$1,576,800	$0	$0	$1,576,800