2025 08 29 1,702,000.00

GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA

UN MILLON SETECIENTOS DOS MIL PESOS MCTE **********

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,417
Fecha : 29/agosto/2025	**Pagado a :** 52664173-4 GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA
La Suma de : UN MILLON SETECIENTOS DOS MIL PESOS MCTE **********	**Valor $** 1,702,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA **Cuenta :** 04 462169999366	**Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE SERVICIOS TECNICOS PROG PYP

No. 24,926.00 **Fact** 20-2025 **Valor Bruto $**1,702,000.00 **Valor Neto $** 1,702,000.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1759	2213	742	677	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y ı	1,702,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	1,702,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	1,702,000.00	0.00

ELABORADO REVISADO APROBADO Hora: 17:52

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,417

Fecha : 29/agosto/2025 **Pagado a :** 52664173-4 GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA

La Suma de : UN MILLON SETECIENTOS DOS MIL PESOS MCTE ********** **Valor $** 1,702,000.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 04 462169999366 **Cheque :** PE

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO TECNICO SIVIGILA DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 2025 SEGUN CONTRATO 489 DEL 2025

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 17:52

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZ
NIT. 900750333

Fecha: 27/08/2025 Hora: 11:49

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
SERVICIOS TECNICOS PROG PYP	24,926	27/ago./2025	27/ago./2025	20-2025

Obligación: 2,213 **Registro:** 742

TERCERO

NIT: 52664173 4 **NOMBRE:** GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA
TEL: 3174034687 **DIRECCION :** CRA 19B N 7 73 286

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL* COMO TECNICO EN EL SISTEMA SIVIGILA* DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2025* SEGUN CONTRATO 489 2025.	**BRUTO :**	1,702,000.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	1,702,000.00
UN MILLON SETECIENTOS DOS MIL PESOS MCTE	**CANCELADO :**	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	1,702,000.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	1,702,000.00
731303006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	1,702,000.00	0.00

condiciones. Uno de los proponentes Conmedic presentó propuestas para medicamentos y para dispositivos médicos.

No obstante, eso, no aportó la póliza de seriedad para dispositivos médicos, lo cual es una causal de rechazo directa en la licitación, para medicamentos. Una vez revisados los requisitos legales, se estableció que el oferente no presentó el RUP con vigencia 2024, que era uno de los requisitos esenciales para continuar con el proceso.

RESOLUCIÓN No. 056 de 2025

(29 de Abril de 2025)

"POR MEDIO DEL CUAL SE DECLARA DESIERTO EL PROCESO DE CONVOCATORIA PUBLICA A PRESENTAR PROPUESTAS No. 003 DE 2025 a las personas naturales y/o jurídicas PARA LA NEGOCIACIÓN CONJUNTA CON EL FIN DE RECIBIR OFERTAS DE TODAS LAS PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS INTERESADAS EN PROVEER O SUMINISTRAR MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ALTA CALIDAD REQUERIDOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES EN SALUD DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DE LAS E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO, E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA, E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA, E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VIOTA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA E.S.E. DE MOSQUERA Y E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA."

LA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO.

En ejercicio de sus atribuciones legales y las conferidas por el Decreto 2755/66, 888/91, 1045/78, Ordenanza 243/2008, Ley 394/96, y

Dr. Freddy Garzón Y con horario a ello, al no presentar el documento, no se logró tampoco realizar la verificación financiera. Se dio la posibilidad de que subsanaran, pero la entidad no presentó el RUP

E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA			
Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		
FORMATO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación
SUPERVISOR CONTRATO	A-TH-F-009	V5	05/03/2025

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No 489-2025

CERTIFICA:

Que LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA identificado (a) con documento de identidad y/o Nit No. 52664173 expedida en FUNZA, cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de prestación de servicios a apoyo a la gestión asistencial como Técnicos en el Sistema De Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA, para la Empresa Social del Estado del Orden Departamental Hospital Nuestra Señora de las Mercedes del Municipio de Funza y sus puestos de salud hato y siete trojes del Contrato de prestación de Servicios No 489-2025 de fecha 01 de JULIO 2025 , la presente cuenta correspondiente al mes de AGOSTO y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato inicial	6,808,000
No. CDP	677
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios Asistencial	
Plazo de Ejecución	hasta 31-octubre
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	6,808,000
Valor Ejecutado	1,702,000
Valor Factura Actual	1,702,000
Total Ejecutado	3,404,000
Saldo por Ejecutar	3,404,000
Porcentaje de Ejecucion= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%	50%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de AGOSTO del año dos mil Veinticinco (2.025).

NOMBRE SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA TELLEZ
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE LIDER: LAURA ARGUELLO
CARGO: LIDER DE SALUD PUBLICA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE	AREA O PROCESO: GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	FORMATO	DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA		
	CODIGO	VERSION	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-TH-F-010	6	05/03/2025	1 DE 1

CIUDAD Y FECHA:	Funza Cundinamarca, AGOSTO 2025	FACTURA NUMERO	20
PRESTADOR DEL SERVICIO:	LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA	NIT/ NUMERO DE CEDULA	52,664,173
DIRECCION RESIDENCIA:	SENDEROS DE FUNZA, Cl 13 No2C -53	TELEFONO:	313272051
Email:	caril_528@hotmail.com	SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SALUD PUBLICA

CANTIDAD	DESCRIPCION	V/R UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente AGOSTO de 2025, según lo establecido en el contrato No. 489 de fecha 01 de Julio 2025 cuyo objeto es Prestacion de servicios a apoyo a la gestión asistencial como técnico en el Sistema De Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA, para la Empresa Social del Estado del Orden Departamental Hospital Nuestra Señora de las Mercedes del Municipio de Funza y sus puseto de salud hato y siete tones	$ 1,702,000.00	$ 1,702,000.00

FIRMA:	VALOR TOTAL:	$ 1,702,000.00
	IMPUESTO ASUMIDO:	$ -
	TOTAL A PAGAR:	$ 1,702,000.00

Declaro bajo la gravedad de juramento, que Sobre los ingresos percibidos SI (__) o NO (_X_), se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto único reglamentario 1625 de 2016. Si no utilizó al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retencion estableeida en el articulo 383 del Estatuto Tributario, En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar las retenciones con la tarifa tradicionales del articulo 392 del Estatuto Tributario (4%, 6%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios.

FAVOR PAGAR A LA CUENTA: CORRIENTE ____ AHORROS ___X___ DECLARANTE SI ____ NO _X_

BANCO DAVIVIENDA NO. CUENTA 0570456170038982

Decreto 1625 de 2016, Articulo 1.6.1.4.40 . Documento equivalente a la Factura, personas regimen común o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA			
	Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025



1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	**489-2025**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	CC.52.664.173
FECHA ACTA DE INICIO	01 DE JULIO 2025
VALOR DEL CONTRATO	$6.808.000
PLAZO DE EJECUCION	4 (MESES)
PRORROGA (ADICION)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 31 DE OCTUBRE 2025
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	$6.808.000
OBJETO CONTRATO	Prestación de servicios a apoyo a la gestión asistencial como Técnicos en el Sistema De Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA, para la Empresa Social del Estado del Orden Departamental Hospital Nuestra Señora de las Mercedes del Municipio de Funza y sus puestos de salud hato y siete trojes
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	AGOSTO DE 2025
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	AGOSTO DE 2025
NUMERO DE INFORME	2 DE 4
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$5.106.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$1.702.000
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO DAVIVIENDA- AHORROS 456170038982
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO__ SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD__X__	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO	MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

2. **TIPO DE INFORME:** Marque con una x el tipo de informe.

Informe Mensual _____X_____	**Informe Final _____**

3. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS:** Escriba todas las obligaciones contractuales especificas con el detalle de cada una y el grado de cumplimiento.

No	OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	AJUSTES Y CIERRE DE CASOS SEGÚN EVENTO DE INTERÉS	SE REALIZA AJUSTE Y CIERRE DE CASOS SEGÚN EVENTO DE INTERÉS	50%
2	VALV RECOPILACIÓN Y PRE-CRÍTICA DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA	SE REALIZA RECOPILACIÓN Y PRE-CRÍTICA DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA	50%
3	CARGUE DE FICHAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SIVIGILA	SE REALIZA CARGUE DE FICHAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SIVIGILA	50%
4	NOTIFICACIÓN DE ARCHIVOS PLANOS AL DEPARTAMENTO Y A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL.	SE REALIZA NOTIFICACIÓN DE ARCHIVOS PLANOS AL DEPARTAMENTO Y A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL.	50%
5	SOCIALIZACIÓN Y APOYO EN LOS PROTOCOLOS, CIRCULARES Y BOLETINES DE SALUD.	SE REALIZA SOCIALIZACIÓN Y APOYO EN LOS PROTOCOLOS, CIRCULARES Y BOLETINES DE SALUD.	50%
6	SOLICITUD DE VACUNA RÁBICA Y SEGUIMIENTO A PACIENTES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL INS.	SE REALIZA SOLICITUD DE VACUNA RÁBICA Y SEGUIMIENTO A PACIENTES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL INS.	50%

7	REALIZAR LA BAI Y ENVIÓ DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	SE REALIZA LA BAI Y ENVIÓ DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	50%
8	LAS DEMÁS QUE LE SEÑALE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE TENGAN QUE VER DIRECTAMENTE CON LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.	LAS DEMÁS QUE LE SEÑALE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE TENGAN QUE VER DIRECTAMENTE CON LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.	50%
9	LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	50%
10	REALIZAR DE MANERA OPORTUNA LA PUBLICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES CON SOPORTES EN LA PLATAFORMA SECOP II.	SE REALIZA DE MANERA OPORTUNA LA PUBLICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES CON SOPORTES EN LA PLATAFORMA SECOP II.	50%

4. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación, de lo contrario adjuntar planilla de seguridad social pagada.

4.1 DESCRIPCION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Por favor describa el pago del mes vencido de sus aportes y adjunte su planilla pagada.

MES DE PAGO	JULIO
N	9488976094
APORTE SALUD	$250.000
APORTE PENSION	$320.000
APORTE ARL	$48.800
APORTE CAJA COMPENSACION	$0
VALOR TOTAL PAGADO	$618.800

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.
SI __X__ NO_____

DECLARACIÓN No. 2: Manifiesto que he cumplido con mi obligación de cotizar a salud y pensión de acuerdo con lo establecido en el contrato, y que no he recibido ingresos adicionales durante el presente mes que aumenten la base de cotización.
SI _X_ NO____

Contratista y/o Representante	Vto. Bueno Lider de proceso o área en el cual realiza sus actividades
LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA **CEDULA Y/O NIT: 52.664.173** **CARGO: TÉCNICO EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA SIVIGILA**	**LAURA ARGUELLO** LIDER DE SALUD PUBLICA

Supervisor del Contrato
MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Visto Bueno Tesoreria
Firma

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA			
	Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación
	CERTIFICACIÓN PQRSDF	M-AU-F-001	V4	05/03/2025



DE: SIAU

PARA: SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que el(a) señor(a) LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA, identificado con CC.No. 52664173 de FUNZA. Quien se desempeña en el cargo de APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO TÉCNICO EN SALUD PUBLICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA SIVIGILA CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA, no registra PQRSDF pendientes en el mes de AGOSTO.

Atentamente

Ginna Castillo Torres

GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
TRABAJO SOCIAL - SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de AGOSTO de 2025.

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo /Líder SIAU
Revisó: Martha Patricia Téllez – Subgerencia de servicios de salud.
Aprobó: Julia Isabel Muelle Plazas-Gerente

Quienes proyectamos, revisamos y aprobamos, declaramos que el presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de la Gerencia de la E.S.E.

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 52664173		GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19 B No 7 -73 BRR VILLA DIANA	FUNZA-CUNDINAMARCA	8261852	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1710527447	9488976094	I	2025/08/20	2025/08/19	NEQUI	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
1	CC 52664173	GOMEZ LAURA	130201	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0

Recibido Tactanos Agosto

2025/08/18 08:24 PM

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 52664173		GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19 B No 7 -73 BRR VILLA DIANA	FUNZA-CUNDINAMARCA	8261852	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1710527447	9488976094	I	2025/08/20	2025/08/19	NEQUI	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800