2025 09 30 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. 22,610

Fecha : 30/septiembre/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. 25,200.00 **Fact** 21-2025 **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
2002	2474	742	677	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y	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: 19:08

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,610

Fecha : 30/septiembre/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 SEPTIEMBRE DE 2025 SEGUN CONTRATO 489 DEL 2025

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 19:08

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 26/09/2025 Hora: 12:51

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
SERVICIOS TECNICOS PROG PYP	25,200	26/sep./2025	26/sep./2025	21-2025

Obligación: 2,474 **Registro:** 742

TERCERO

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

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL* COMO TECNICO EN EL SISTEMA SIVIGILA * DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 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

Funza – Cundinamarca, Septiembre de 2.025

Jefe
MARTHA PATRICIA TELLEZ ROMERO
Subgerente de Servicios de Salud
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
Funza

ASUNTO: CERTIFICACION DE VERIFICACIÓN DE FOLIO – CUENTA DE COBRO

Por medio de la presente yo, Laura Andrea Arguello Organista en mi calidad de Líder de salud pública, me permito CERTIFICAR que se ha llevado una verificación exhaustiva de los folios correspondientes a la cuenta de cobro del mes de **septiembre** del contrato **489 – 2.025** presentada para el pago del contratista **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA**

Esta verificación ha incluido la revisión detallada de la siguiente documentación:

1. Contenido del CD (Disco Compacto): Se ha confirmado que el CD adjunto contiene de los archivos digitales necesarios, tales como informes, reportes, afiliaciones, anexos etc.
2. Formatos Físicos: Se ha comprobado que todos los documentos físicos están completos debidamente diligenciados, firmados y sellados por el personal competente, y que guardan coherencia con la información presentada en la cuenta de cobro y CD.

Por lo tanto, la documentación ha sido entregada conforme para la radicación y procesamiento de la cuenta de cobro para su respectivo pago.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente

REVISADO 25 SEP 2025

Laura Arguello.
Laura Andrea Arguello Organista
Líder de Salud Pública

Elaboró y Proyectó: Yesica Martinez. – Auxiliar de salud publica
Revisó: Martha Patricia Téllez Romero – Subgerente de Servicios de Salud / Supervisor.
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.

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 SEPTIEMBRE 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	
Otró Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	6,808,000
Valor Ejecutado	3,404,000
Valor Factura Actual	1,702,000
Total Ejecutado	5,106,000
Saldo por Ejecutar	1,702,000
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%	75%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de SEPTIEMBRE 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 QUE LO GENERA: 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, SEPTIEMBRE 2025	FACTURA NUMERO	21
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 SEPTIEMBRE 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 puesto de salud hato y siete trojes	$ 1,702,000.00	$ 1,702,000.00

FIRMA:	LAURA GOMEZ	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 estabecido 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 retención establecida en el artículo 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 artículo 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 057045617003898 2

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

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	SEPTIEMBRE DE 2025
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	SEPTIEMBRE DE 2025
NUMERO DE INFORME	3 DE 4
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$3.404.000
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	75%
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	75%
3	CARGUE DE FICHAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SIVIGILA	SE REALIZA CARGUE DE FICHAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SIVIGILA	75%
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.	75%
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.	75%
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.	75%

7	REALIZAR LA BAI Y ENVIÓ DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	SE REALIZA LA BAI Y ENVIÓ DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	75%
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.	75%
9	LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	75%
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.	75%

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	**AGOSTO**
N	9491133581
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 Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades
LAURA GOMEZ **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA** **CEDULA Y/O NIT: 52.664.173** **CARGO: TÉCNICO EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA SIVIGILA**	laura Arguello **LAURA ARGUELLO** LIDER DE SALUD PUBLICA
Supervisor del Contrato	
MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	
Visto Bueno Tesorería	
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 SEPTIEMBRE.

Atentamente

Ginna Castillo Torres

GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
TRABAJO SOCIAL - SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de SEPTIEMBRE 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
2025-08	2025-08	1781678983	9491133581	E	2025/09/16	2025/09/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

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)					$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	230201	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

2025/09/16 03:30 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
2025-08	2025-08	1781678983	94911335B1	I	2025/09/16	2025/09/16	BANCO DAVIVIENDA	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

2025/09/16 03:30 PM