Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Luis Miguel polaco delgado						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1022423047	
CORREO ELECTRONICO:	polancodelgadoluismiguel@gmail.com				CELULAR:	3222919913	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	23700000359				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	1482			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	12081	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-03-01		2026-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,793,284				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15,173,136
VALOR EJECUTADO	$7,586,568
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,793,284
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,586,568
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9500311846	$1,517,314	$189,664	$242,770	3	$36,962	$469,396

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
" 1. Realizar consulta de enfermería, estableciendo diagnósticos y prescripción del tratamiento acorde a los protocolos, procesos y procedimientos institucionales."	intervenciones de enfermeria realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL dinamica	exel de produccion del mes en el que este generando la cuenta de cobro (listado de citas)
"2.Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dando cumplimiento al curso de vida, de acuerdo con resolución 3280 de 2018 . "	intervenciones de enfermeria realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL dinamica	exel de produccion del mes en el que este generando la cuenta de cobro (listado de citas)
"3. Realizar el registro en la historia clínica conforme a la Resolución 1995 de 1999 y demás normas vigentes, garantizando calidad, veracidad, oportunidad y completitud, y guardando absoluta reserva de la información de los usuarios o relacionada con la Subred"	intervenciones de enfermeria realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL dinamica tambien demanda inducida en salas de espera	excel con la concertacion de agendas del mes
"4. Ejercer el autocontrol, la autorregulación y la autogestión en las actividades desarrolladas, con el fin de dar cumplimiento a las metas de rendimiento y productividad, incluyendo la reposición de inasistentes;"	actividad : se realiza autocontrol por plantilla de excel producto :	plantilla de autocontrol del mes
"5.Formular y ejecutar acciones preventivas y/o correctivas, así como los planes de mejoramiento a que haya lugar, en el desarrollo de sus actividades."	Se realiza revision de agendas (no se presentaron planes d eejora en elmes o si se presentaron palnes de mejora)	Informe de novedades de agenda y anexar planes de mejoramiento si hubo en el mes
6.Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado.	Se realizaorn # de consultas para darle cumplimiento del indicador de rendimiento y produccion con cohorte al 26/03/2026 se tiene # de consultas con un porcentaje de rendimiento de %	Se anexa el informe de produccion o formato de seguimiento
7.Aplicar plan de contingencia institucional en caso de caida del sistema utilizando los formatos institucionales.	En el transcurso del mes se realizaorn # formatos de plan de contigencia o no se realizaorn plan de contoigencia	Anexar entrega de plan de contigencia presentado en el mes (o si no se presento escribir que en el mes no se presento plan de contigencia)
"8. Reportar los eventos de notificación obligatoria dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para los casos de SIVIGILA."	Se realizaron # fichas de notificaicon en el mes describir la ficha notificada(SIVIM,SISVECOS,SILVELCE,VESPA,SISMAN)	Anexarla ficha notificada garantizando la privacidad de los datos del paciente (enmarar no,mbre y cedula del usuario)
"9. Aplicar los lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio, cumpliendo con los lineamientos y estándares definidos para la adherencia a los documentos institucionales."	Se realizaron las actividades acorde a los protocolos institucionales	Resultado de acuamanos
"10. Realizar entrega de informe mensual acorde a las obligaciones contractuales con sus respectivos productos y actividades."	Se realiza entrega de informe del mes de MARZO	Anexar informe del mes de febrfero (drive)
11.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	En el mes de ---- se participo en las reuniones convocadas (RED MATERNA-EAC-NSC-CAPACITACIONES)	Actas de asistebcia a las reuniones programadas
"12. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, así como utilizar los aplicativos institucionales de mesa de ayuda, Almera y reporte de sucesos de seguridad. "	se realiza solicitud de mantenimiento o fallas en el sistema por medio de ticket anexar en pdf los ticket realizados a su nombre y codigo del suceso osucesos de seguridad reportados en el mes que esta ejecutando la cuenta de cobro .	se realiza solicitud de mantenimiento o fallas en el sistema por medio de ticket anexar en pdf los ticket realizados a su nombre y codigo del suceso osucesos de seguridad reportados en el mes que esta ejecutando la cuenta de cobro .
"13. Garantizar la custodia de la información y la adecuada gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas."	revision de agerndas de manera diarias , cuando se presentan novedades se informa al lider	notificaciones enviadas al lider si no se presentan explicar que no se presentan en el mes (adjuntar agenda)
"14. Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios concertados, así como informar cualquier situación de fuerza mayor que le impida asistir a la consulta. "	Durante el mes MARZO se dio cumplimiento a las normas del SOGC	Anexar agenda del mes MARZO
"15. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según los requerimientos de la Subred; cumpliendo a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. "	Velo y respopndo popr los elementos que estan bajo mi supervision durante la prestacion del contrato	Durante el mes se cuenta con los activos fijos a mi nombre
16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	En el mes de ---- se entregaron # consentimientos informados	Anexar el formato d ela relacion d elos consentimientos informados entregados en el mes
17. Realizar los procedimiento acorde a los protocolos intitucionales, cumpliendo con el correcto diligenciamiento y educacióna al usuario del consentimiento informado en los casos que aplique.	Realizar acompañmiento y retroalimentacion a las auxiliares asiganadas sobre el proceso PAI	Acta de asistencia tecnica de pai y demadna inducida intramural
18. Realizar supervisión y acompañamiento en el servicio vacunación en la unidad asignada.	Realiz limpieza entre paciente y pacinete de los qeuipos biomedicos	formatos en pdf del mes de limpieza y desinfeccion
"19. Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente en el consultorio asignado; asi como usar adecuadamente el uniforme, portar el carné de identificación y mantener una presentación personal adecuada."	Brindo un trato digno y humanizado durante la consulta	Anexar felicitacion o quejas presentada durante el mes (o en su defecto no se presnetaron quejas o felicitaciones en el mes --)
"20. Brindar un trato humanizado a los usuarios, basado en calidez, seguridad, vocación de servicio, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad y oportunidad, en cumplimiento de la Política de Humanización Institucional."	Brindo un trato digno y humanizado durante la consulta	Anexar felicitacion o quejas presentada durante el mes (o en su defecto no se presnetaron quejas o felicitaciones en el mes --)

Copia Controlada Subred Sin Validez

21. Adherirse a la política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente los sucesos de seguridad que se presenten durante la prestación de los servicios.	En el mes MARZOI se realizaron 1 reportes de seguridad	Anexar reporte de suceso de seguridad
"22. Adjuntar mensualmente la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, en la cuenta de cobro a través del aplicativo Suresoc"	Realizo pago de los aportes de seguridad social	Adjuntar planilla del pago reportado en el mes
23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas, acordes con el objeto del contrato..	Realizo las demas actividades que me sean asignadas por el supervisor	Resumen de entrega de unidad de analisis

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDSUROCCIDENTEE.S. E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO

C.C 1022423047 DE BOGOTÁ

La suma de Tres Millones Setecientos noventa y tres Mil doscientos ochenta y cuatro Pesos $ 3,793,284 por concepto de prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 01 de MARZO al 31 de MARZO del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1482- 2026



LUIS MIGUEL POLANCO DELAGDO
C.C 1022423047 DE BOGOTÀ
CUENTADEAHORROSBANCOLOMBIA
NUMERO 23700000359

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO 2026 LUIS POLANCO.pdf	FEBRERO 2026 LUIS POLANCO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 2026-20260326T130914Z-1-001.zip	FEBRERO 2026-20260326T130914Z-1-001.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1022423047
NOMBRES	LUIS MIGUEL
APELLIDOS	POLANCO DELGADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2025	31/12/2999	COTIZANTE

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1022423047	POLANCO	DELGADO	LUIS	MIGUEL	2025-05	Nueva Eps	COTIZANTE
CC	1022423047	POLANCO	DELGADO	LUIS	MIGUEL	2019-11	Nueva Eps	BENEFICIARIO
CC	1022423047	POLANCO	DELGADO	LUIS	MIGUEL	2026-02	Salud Total	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Salud Total	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 108 Registros en 11 Paginas

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Sede principal:
Centro Empresarial Elemento
Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16

Código Postal 111071, Bogotá, D.C.

Línea fija en Bogotá 601 7450924, horario de Atención: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

Horarios de Atención:
Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Medellín, 26 de marzo de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LUISA MIGUEL POLANCO DELGADO identificado(a) con C1022423047 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10224230472605730506

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.1

La información se registró satisfactoriamente, código para realizar seguimiento es 98846.

Aceptar

Guía abordaje primera, segunda y tercera víctima ante la ocurrencia de un potencial evento adverso

Se registró la información con éxito

Aceptar

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Certifica que:

LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO

CC ***1022423047***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *jueves, 26 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

QR de verificación:

BOGOTÁ

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 1022423047		POLANCO DELGADO LUIS MIGUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 52 b bis 88 f 85 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	117756534	9500311846	I	2026/03/11	2026/03/06	NEQUI	0	$1,054,000

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)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$3,200,000	$64,000			$3,200,000	$78,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$3,200,000	$64,000			$3,200,000	$78,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$3,200,000	$64,000			$3,200,000	$78,000		$0	$0
1	CC 1022423047	POLANCO LUIS	230301	30	$3,200,000	$512,000	EPS002	30	$3,200,000	$400,000	CCF24	30	$3,200,000	$64,000	14-11	30	$3,200,000	$78,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$3,200,000	$64,000			$3,200,000	$78,000		$0	$0

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 1022423047		POLANCO DELGADO LUIS MIGUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 52 b bis 88 f 85 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	117756534	9500311846	I	2026/03/11	2026/03/06	NEQUI	0	$1,054,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$512,000	$0	$0	$512,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$512,000	$0	$0	$512,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$78,000	$0	$0	$78,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$78,000	$0	$0	$78,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,000	$0	$0	$64,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$64,000	$0	$0	$64,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$400,000	$0	$0	$400,000
TOTAL				**1**	**$1,054,000**	**$0**	**$0**	**$1,054,000**

2026/03/06 12:05 AM