DOCUMENTO EQUIVALENTE No 07/ 2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NANCY YORLADIS BELTRAN LADINO

C.C 39.789.938 DE BOGOTA D.C

La suma de **1'734.450**, por concepto de: **EL CONTRATISTA A NOMBRE PROPIO Y DE MANERA INDEPENDIENTE , SIN QUE EXISTA SUBORDINACION NI RELACION LABORAL ALGUNA, PRESTARA SUS SERVICIOS Y CONOCIMIENTOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE** durante el periodo de **01** al **31** de julio conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 4043-2020**

NANCY YORLADIS BELTRAN LADINO

C.C 39.789.938 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0073-0085-8953

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NANCY YORLADYS BELTRAN LADINO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39,789,938							
CORREO ELECTRONICO:	nayobela1@hotmail.com				CELULAR:	3229022605							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU41 - B02	50%	SU41-B03	50%									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0073-0085-8953								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4360 - 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CDR		24921	FECHA	30/04/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	20		31	7	20		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$9.325									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%	$1.734							

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:	$8.094.100
VALOR EJECUTADO	$8.094.100
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9405562899	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de julio del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

ANIS CRISTINA GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NANCY YORLADYS BELTRAN LADINO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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 39789938		BELTRAN LADINO NANCY YORLADIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 98B14-06 CASA 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	1000001521	9405562899	I	2020/07/09	2020/07/03	BANCO BOGOTA	0	$271,700

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	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	39789938 BELTRAN NANCY	230301	30	$877,803	$140,500	EPS005	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

PARA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PARA PLANILLA PAGADA PARA PLANILLA PAGADA PAR

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 39789938		BELTRAN LADINO NANCY YORLADIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 98B14-06 CASA 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	1000001521	9405562899	I	2020/07/09	2020/07/03	BANCO BOGOTA	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

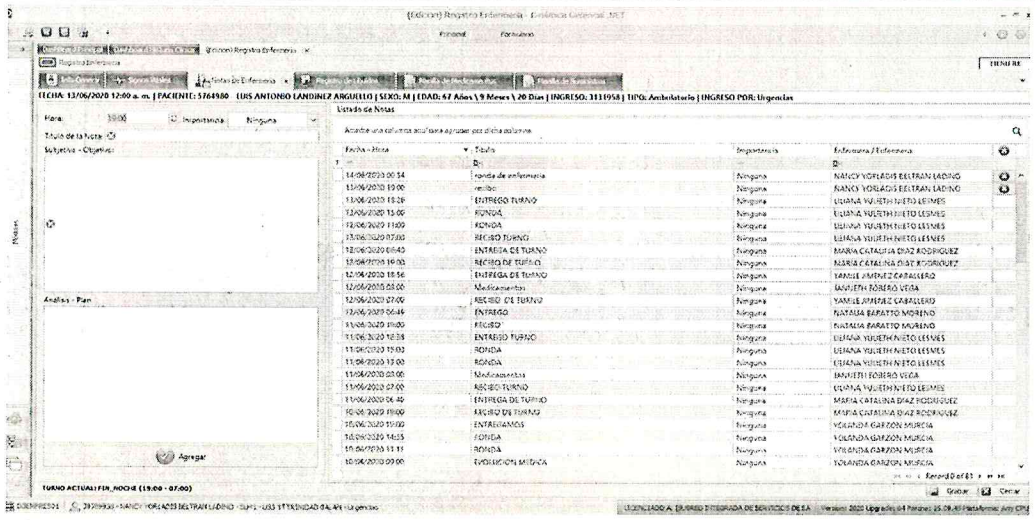
2020/07/03 03:13 PM

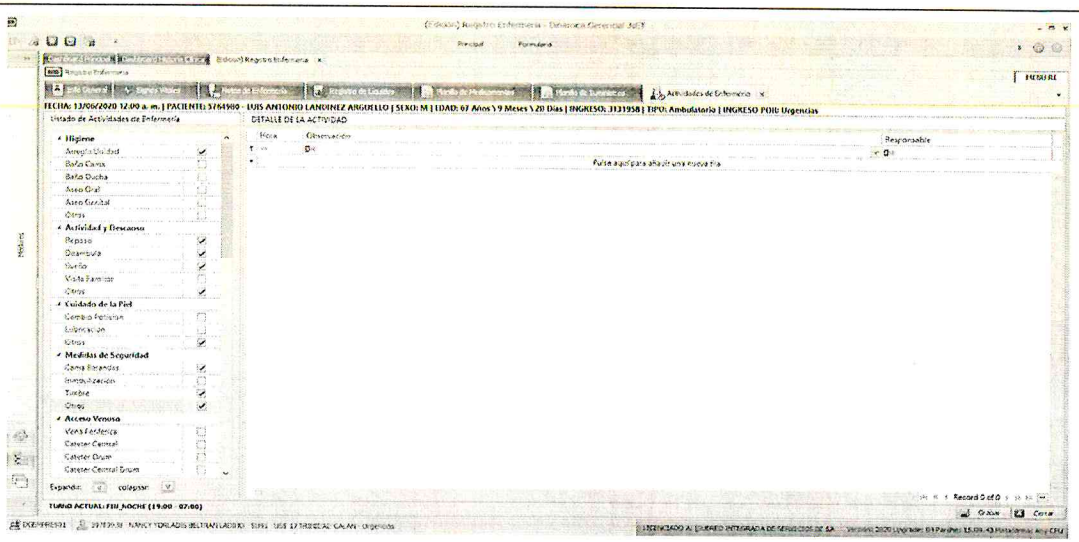
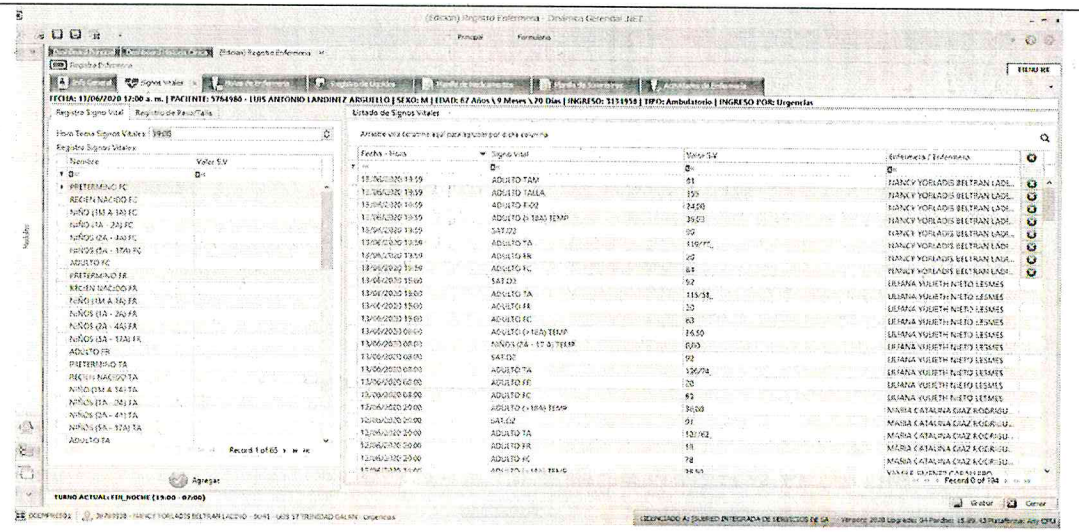
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

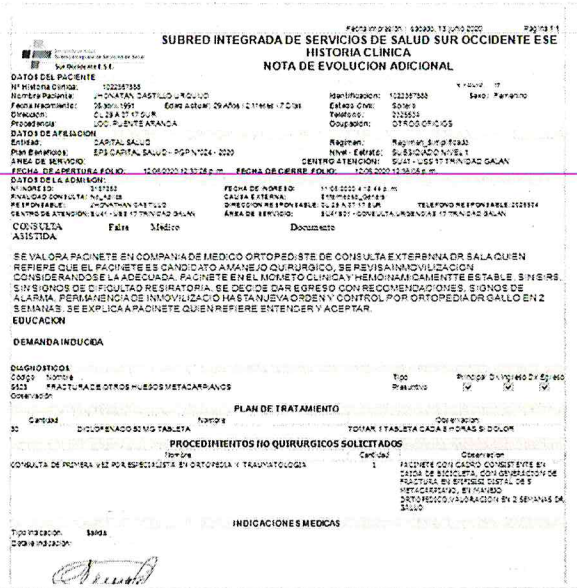
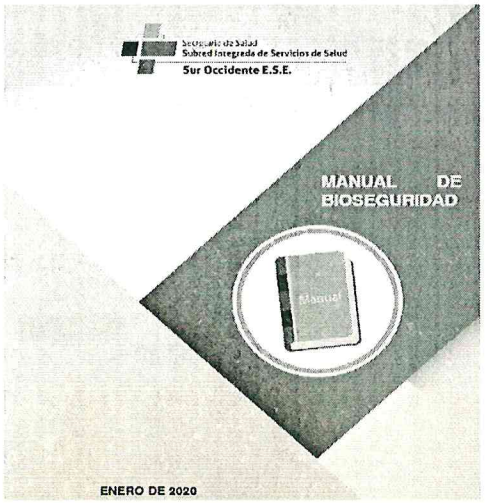
Ubicación del Servicio:	**URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN**		**Sede: SUR**							
No. DE CONTRATO:	**4360 - 2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	7	20		31	7	20	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**NANCY YORLADIS BELTRAN LADINO**		**C. C.**	**39,789,938**			**DE**	**BOGOTÁ D.C**		

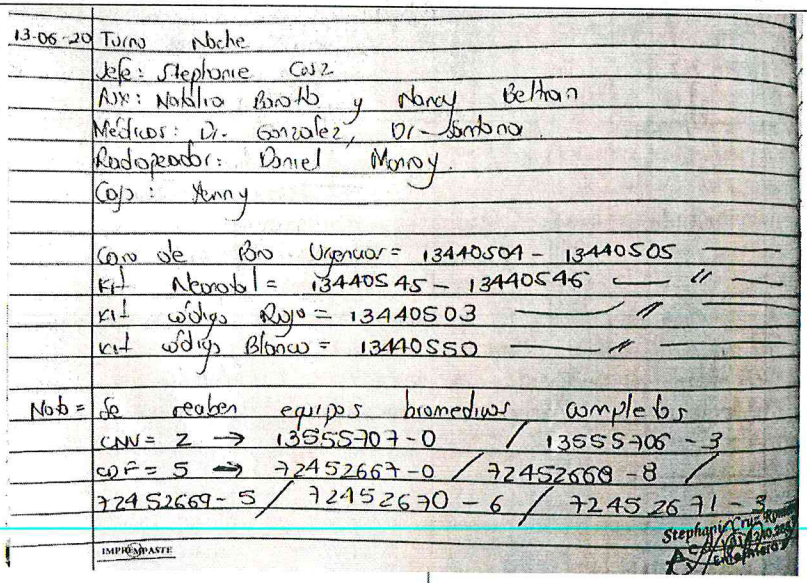
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería		**realizar actividades basicas de enfermeria**	

Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio		realizar actividades basicas de enfermeria	
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente		realizar actividades basicas de enfermeria	
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención		informar y dar aviso sobre eventos	SE REALIZA RETROALIMENTACION CON SUPERVISOR ENCARGADO POR MEDIO DE REUNIONES, ACTA EN OFICINA

Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio		**realizar actividades basicas de enfermeria**	 Fecha impresión: 9:30:30, 13 junio 2020 Página 1 1 **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** **HISTORIA CLINICA** **NOTA DE EVOLUCION ADICIONAL** Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **DATOS DEL PACIENTE** Nº Historia Clínica: 1022367555 Versión: 17 Nombre Paciente: JHONATAN CASTILLO URQUIJO Identificación: 1022367555 Sexo: Femenino Fecha Nacimiento: 26/enero/1991 Edad Actual: 29 Años 4 Meses 17 Días Estado Civil: Soltero Dirección: CL 2 B A 37 47 SUR Teléfono: 2025535 Procedencia: LOC: PUENTE ARANDA Ocupación: OTROS OFICIOS **DATOS DE AFILIACION** Entidad: CAPITAL SALUD Régimen: Régimen_Simplificado Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020 Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 AREA DE SERVICIO: CENTRO ATENCION: SUAT - USS 17 TRINIDAD GALAN FECHA DE APERTURA FOLIO: 12/06/2020 12:30:26 p. m. FECHA DE CIERRE FOLIO: 12/06/2020 12:38:06 p. m. **DATOS DE LA ADMISION:** NUMERO ES: 3167283 FECHA DE INGRESO: 11/06/2020 4:08:44 p. m. FINALIDAD CONSULTA: NO APLICA CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL RESPONSABLE: JHONATAN CASTILLO DIRECCION RESPONSABLE: CL 2 B A 37 47 SUR TELEFONO RESPONSABLE: 2025574 CENTRO DE ATENCION: SUAT - USS 17 TRINIDAD GALAN AREA DE SERVICIO: SUAT001 - CONSULTA URGENCIAS 17 TRINIDAD GALAN CONSULTA ASISTIDA Falla Medico Documento SE VALORA PACIENTE EN COMPAÑIA DE MEDICO ORTOPEDISTE DE CONSULTA EXTERBNNA DR SALA QUIEN REFIERE QUE EL PACIENTE ES CANDIDATO A MANEJO QUIRURGICO, SE REVISA INMOVILIZACION CONSIDERANDOSE LA ADECUADA. PACIENTE EN EL MOMETO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SIN SIBRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESIRATORIA, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, PERMANENCIA DE INMOVILIZACIO HASTA NUEVA ORDEN Y CONTROL POR ORTOPEDIA DR GALLO EN 2 SEMANAS. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. **EDUCACION** **DEMANDA INDUCIDA** **DIAGNOSTICOS** Código Nombre Tipo Principal Diferencial Dx Egreso S623 FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS Presuntivo Observación **PLAN DE TRATAMIENTO** Cantidad Nombre Observación 30 DICLOFENACO 50 MG TABLETA TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS SI DOLOR **PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS** Nombre Cantidad Observación CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA 1 PACIENTE CON CUADRO CONSISTENTE EN CAIDA DE BICICLETA, CON GENERACION DE FRACTURA EN DIAFISIS DISTAL DE 5 METACARPIANO, EN MANEJO ORTOPEDICO VALORACION EN 2 SEMANAS DE SALUD **INDICACIONES MEDICAS** Tipo Indicación: Salida Descripción:
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad		**cumplir con las normas de bioseguridad**	 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. MANUAL DE BIOSEGURIDAD Manual ENERO DE 2020 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes		**realizar actividades basicas de enfermeria**	
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio,Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible		**cumplir directrises**	

Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred		**cumlimiento de metas e indicadores del contrato**	Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **FORMATO MATRIZ DE CUMPLIMIENTO DE LO LEGAL (NORMOGRAMA)**

IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES Y/O NORMATIVOS IDENTIFICACION DEL REQUISITO

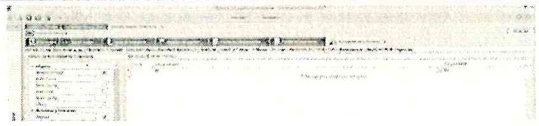
TEMATICA	CLASIFICACIÓN NORMATIVA	NUMERO DE LA NORMA	AÑO	EPIGRAFE	ARTICULO APLICABLE	REQUERIMIENTO ESPECIFICO	PROCESO
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	81	2017	Lineamentos para el manejo de la documentación subred	Todos	De aplicación a todo los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	Control de la producción de documentos
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	550	2017	Por medio de la cual se establecen los lineamientos para el control de Documentos pdf	Todos	De aplicación a todo los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	Control de la producción de documentos
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	325	2016	Por medio del cual se crea el Comité Directivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y se dictan otras disposiciones.	Todos	Crea el Comité Directivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y se dictan otras disposiciones.	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA	Decreto	161	2017	Por medio del cual se hace nombramiento VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO	Todos	Nombramiento en el cargo de Gerente de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente.	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	Resolución	373	2018	Por medio de la cual se deroga la resolución 347 de 2017 mediante la cual se adoptaron las Guías de Práctica Clínica en Subred Integrada de Servicios	Todos	Guías de Práctica Clínica en Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Empresa Social del Estado	Internación adultos, niños y gineco-obstetricia

Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento		**aplicar formatos establesidos por la red**	Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

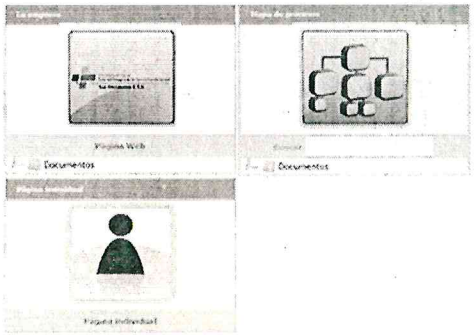
Ubicación del Servicio	URGENCIAS - CAPS TRINIDAD GALAN		Sede: SUR							
No. DE CONTRATO:	4360 - 2020	Periodo certificado desde el	Día: 1	Mes: 6	Año: 20	a	Día: 30	Mes: 6	Año: 20	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NANCY YORLADIS BELTRAN LADINO	C. C.	39,789,938	DE	BOGOTÁ D.C					

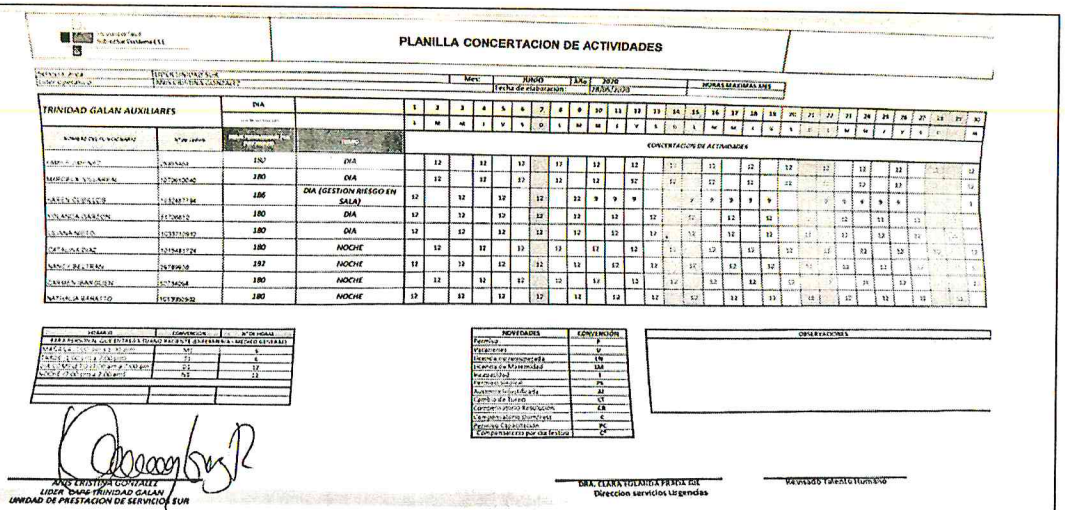
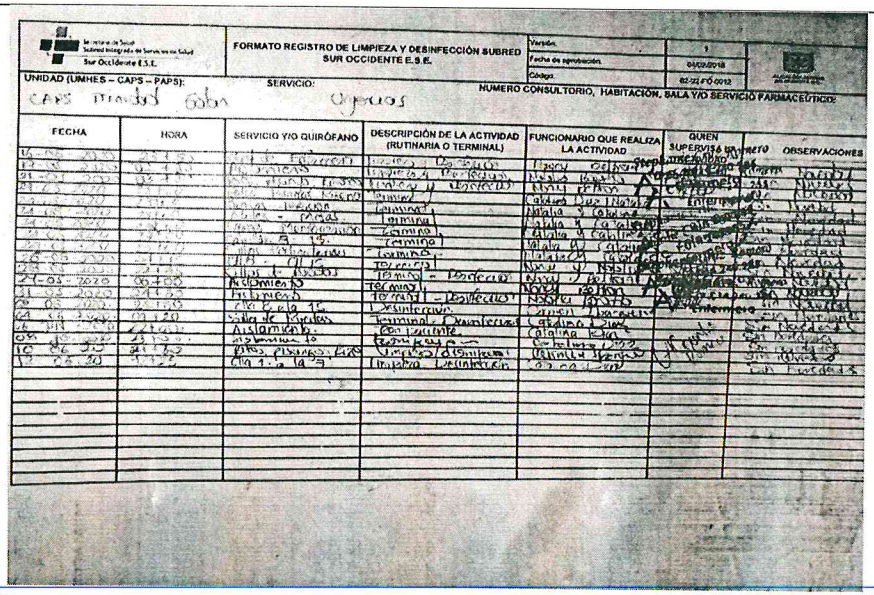
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PRODUCTO GRADUADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las otividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería		realizar actividades basicas de enfermeria	
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el			

Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato		realizar el pago oportuno	
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado		asistir a las capacitaciones y reuniones programadas por la institucion	PRE TEST - POST TEST CONSERVATORIO DE CALIDAD SARS CoV 2 Página 1 Limpiar OBJETIVO: Dar a conocer la actualización que se ha hecho al plan de contingencia de la Subred para fortalecer los conocimientos y aplicación de las mejores prácticas en la valoración de casos probables y confirmados por SARS CoV 2 por parte de los colaboradores del área asistencial de la Subred Integrada de servicios sur occidente Nombre * Nancy Yorladis Beltran Ladino Cédula * 39789938 Fecha * 2020-06-13 Seleccione si es pre test o post test * Pre Test Post Test USS: * USS Sur Unidad * CAPS Trinidad Galán

Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio		**se actualiza e informa sobre las indicaciones de bioseguridad**	
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos		**conocer y aplicar directrises**	

Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales		**asistir a las capacitaciones y reuniones programadas por la institucion**	
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred		**se diligencia de manera clara y consisa los documentos requeridos**	

PLANILLA CONCERTACION DE ACTIVIDADES

TRINIDAD GALAN AUXILIARES

ANA CRISTINA GONTALEZ
LIDER SSAE TRINIDAD GALAN
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS SUR

DRA. CLARA YOLANDA PRADA MD
Dirección servicios Urgencias

FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.

UNIDAD (UMHES – CAPS – PAPS):

SERVICIO:

NUMERO CONSULTORIO, HABITACIÓN, SALA Y/O SERVICIO FARMACEUTICO:

FECHA	HORA	SERVICIO Y/O QUIRÓFANO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (RUTINARIA O TERMINAL)	FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ACTIVIDAD	QUIEN SUPERVISÓ EL PROCESO	OBSERVACIONES

Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		**se realiza el aporte a eps y se entrega soporte adjunto**	aportes en línea **Resumen General de Pago** DATOS GENERALES DEL APORTANTE Identificación | dv | Razón Social: BELTRAN LADINO NANCY YORLADIS | Clase Aportante: INDEPENDIENTE | Sucursal Principal: PRINCIPAL | Dirección: CRA 98B 16 CASA 83 | Ciudad Departamento: BOGOTA BOGOTA D.E. | Teléfono: 7555735 | Exonerado SENA e ICBF: NO DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION Periodo (Pensión / Salud): 2020-05 / 2020-05 | Clave (Pago / Planilla): Normal / 94057462647 | Tipo Planilla: I | Fecha (Liquidación / Pago): 2020-06-04 / 2020-06-05 | Banco: BANCO DE OCCIDENTE | Pago (Días Mora / Valor): 0 / $197.400 **LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES** EMPLEADO: No. | Identificación | Nombres PENSION: Centro de Trabajo | Días | IBC | Aporte SALUD: Codigo | Días | IBC | Aporte CCF: Codigo | Días | IBC | Aporte RIESGOS: Codigo | Días | IBC | Aporte PARAFISCALES: Días | IBC | Aporte Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) — $877,803 — $26,400 — $877,803 — $109,800 — $0 — $877,803 — $21,400 — $0 — $0 Ciudad: BOGOTA Departamento: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) — $877,803 — $26,400 — $877,803 — $109,800 — $0 — $877,803 — $21,400 — $0 — $0 1 | CC | 39789938 | BELTRAN NANCY | CINDEP | 30 — $877,803 — $26,400 — EPSA27 | 30 — $877,803 — $109,800 — 0 — $0 — $0 — 34 11 | 30 — $877,803 — $21,400 — 0 — $0 — $0 **Total Afiliados(1)** — $877,803 — $26,400 — $877,803 — $109,800 — $0 — $0 — $877,803 — $21,400 — $0 — $0
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1'734.450 UN MILLON SETESIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATRICIOENTOS CINCUENTA PESOS			
NANCY YORLADIS BELTRAN LADINO CC **39,789,938 BOGOTÁ** **D.C** CONTRATISTA:		Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			