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 EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	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	
MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	51.795.932
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARADESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS - 2952 -2024		FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.951.000	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	2 MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54.730.500		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.975.500	
N° DE INFORME:	DIEZ	N° CRP:	16853	N° CDP:	285
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ -Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	NA	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	8	PRORROGAS	8	
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	978	CRP DE LA ADICIÓN:	22994	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1397	CRP DE LA ADICIÓN:	25653	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICION:	1765	CRP DE LA ADICIÓN:	30153	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2228	CRP DE LA ADICIÓN:	33982	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2639	CRP DE LA ADICIÓN:	37861	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3088	CRP DE LA ADICIÓN:	40971	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3374	CRP DE LA ADICIÓN:	43268	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.951.000	CDP DE LA ADICIÓN:	3615	CRP DE LA ADICIÓN:	45416	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	XX
N° DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	FECHA DE APROBACIÓN:		NA

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 da cumplimiento de operación de los componentes del sistema unico de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información
2	Se participa en el diseño de estrategias para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema unico de acreditación,
3	Diseño e implementación de actividades para el equipo de asignación de citas, dando respuesta a los objetivos propuestos

4	Se colabora en el Diseño y ejecución de etrategias, plan , programas y proyectos
5	Se establecen cronograma de capacitaciones con el equipo de trabajo
6	Contribuir con actividades que mejoren la medición de la satisfacción del usuario control y percepción social con eficacia y oportunidad
7	Contribuir con acciones que apunten a la disminución de peticiones , dando cumplimiento a los criterios de calidad: Oportunidad, claridad, coherencia y calidez
8	Se realiza seguimiento diario y permanente al proceso de asignación de citas , implementando estrategias que mejoren la respiesta a los usuarios
9	Contribuir con las acciones que den respueta al proceso de asignación de citas
10	Diseño de instrumentos de medición que permitan establecer el conocimiento y la habilidad en el proceso de asignación de citas
11	contruccion de diagnostico inicial e implementación de actividades que mejoren el proceso de asignación de acitas
12	Diseño de estrategias e implemntación de atividades que mejoren el proceso
13	Asistencia a capacitaciones convocadas
14	Asistencia a capacitaciones convocadas y reuniones programadas
15	Elaboración de informes
16	Se Garantiza la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales
17	Se cumple r con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
18	Se portan visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal.
19	se cumplen con las obligaciones asignadas
20	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**7945244865**	**OPERADOR:**	**SOI**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**09/10/2024**	**$ 249.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**09/10/2024**	**$ 318.800**
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**	**09/10/2024**	**$ 48.600**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 616.400**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:51795932
CEL:3006711437

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			MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			51.795.932		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARADESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS - 2952-2024		FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.951.000,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54.730.500,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.975.500,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	10 DE 10	N° CRP INICIAL:	16853	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	285
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N°7945244865)		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ -Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 8	PRORROGA 8
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	978	RP DE LA ADICIÓN:	22994	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1397	RP DE LA ADICIÓN:	25653	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1765	RP DE LA ADICIÓN:	30153	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2228	RP DE LA ADICIÓN:	33982	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2639	RP DE LA ADICIÓN:	37861	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3088	RP DE LA ADICIÓN:	40971	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3374	RP DE LA ADICIÓN:	43268	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.951.000	CDP DE LA ADICIÓN:	3615	RP DE LA ADICIÓN:	45416	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	NA
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		NA

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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ
CARGO:
Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS
PERFIL:
Técnico ADMINISTRATIVO II

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: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ	**CC:**	51795932
		RUT (NIT):	51795932
CORREO ELECTRÓNICO:	referenciaservicio@subredcentrooriente.gov.co	**TELÉFONO:**	3006711437
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 24 N 27- A 10	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
Sí 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:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	452970035294

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 2952 2024	**Nº CDP**	3615	**Nº. CRP**	45416	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :11 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 54.730.500**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.975.500					
	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS pesos mcte					

MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
C.C 51795932
cel: 3006711437

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pago de Seguridad Social — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51795932
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 7C NO. 146 63 APTO 202	TELÉFONO:	5726840
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7945244865	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	octubre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1046224423

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 318.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 318.500	$ 300	$ 318.800
SUBTOTALES:										$ 318.500	$ 300	$ 318.800

318800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 248.800	$ 0	$ 200	$ 0	$ 248.800	$ 200	$ 0	$ 249.000
SUBTOTALES:													$ 248.800	$ 200	$ 0	$ 249.000

249000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11-ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48.500	$ 48.500	$ 100	$ 0	$ 48.600
SUBTOTALES:									$ 48.500	$ 100	$ 0	$ 48.600

318800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 51795932	PINILLA JIMENEZ MARIA CAROLINA	59-INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE		$ 1.990.200			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.990.200	$ 318.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 318.500

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.990.200	$ 248.800	$ 0	$ 248.800

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11-ARL SURA	30	$ 1.990.200	51795932	$ 48.500

PARAFISCALES

DÍAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 616.400

Planilla Pagada