ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-jun.-21	Hasta:	30-jun.-21			
Nombre del Contratista:	JEIMMY DAMARIS CAMACHO USAQUEN		Cédula:	52443018			
Correo Electrónico:	damariscu827@gmail.com		Teléfono(s):	3202171882			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR		Perfil	REF GESTION ENTORNO HOGAR	No. CTO:	5508	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005441	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	1076
PERFIL:	PSICOLOGA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	ENTORNO HOGAR				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Ocultar							
PIC ESPACIO VIVIENDA SALUD PUBLICA		SALUD PUBLICA	K27PI				$ 3.627.684	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.627.684	TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/05/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/06/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2		
						3		
						4		
						5	Mayo	$ 3.656.451
						6	Junio	$ 3.627.684
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.284.135	$ 7.284.135	$ 7.284.135	$ -

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Implementar los procesos asignados como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas, el plan de salud territorial y plan operativo institucional	Realizar llamadas de seguimiento telefónico a la cohorte de la ruta de salud mental con el fin de identificar y gestionar riesgos en salud	Matriz VSP, Tablero 1186 y Reporte de emergencia COVID 19
2	Apoyar los procesos de la respuesta integral en salud, reconociendo las necesidades de la comunidad con enfoque diferencial, comunitario, familiar, poblacional y de curso de vida	Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación de riesgos en salud	Soportes en magnetico y/o fisico según requerimiento
3	Desarrollar procesos de planeación, Ejecución y Evaluación de las acciones asignadas y concertadas en los diferentes procesos y/o componentes en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento a que haya lugar	Dar información y educación a las familias en relación a pautas de crianza, manejo de emociones, así como del tiempo libre en casa.	Soportes en magnetico y/o fisico según requerimiento
4	Entregar de manera oportuna cronogramas de trabajo, productos e informes según indicaciones técnicas	Educar sobre las estrategias que permitan dar manejo a situaciones de estrés, ansiedad o temor frente a la nueva realidad de situación de pandemia por COVID 19	Soportes en magnetico y/o fisico según requerimiento
5	Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud	Identificar los riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, acorde a la necesidad del usuario y garantizar la adherencia al tratamiento	Soportes en magnetico y/o fisico según requerimiento
6	Los productos presentados deben cumplir con atributos de calidad, oportunidad y veracidad	Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente y el lider.	Soportes en magnetico y/o fisico según requerimiento
7	Realizar la revisión de los lineamientos tecnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	Soportes en magnetico y/o fisico según requerimiento

8	Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental	Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	Soportes en magnetico y/o fisico según requerimiento
9	Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos	Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la Institución y del PIC.	Soportes en magnetico y/o fisico según requerimiento
10	Asistir a las reuniones de acuerdo a la convocatoria direccionada por su supervisor y lider tecnico	Registrar asistencia a fortalecimientos tecnicos y demas solicitados por supervisor de contrato	Registro en listados de asistencia y actas según requerimiento

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.656.451
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	5	2021	06	11	1036418879-		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR	$ 1.462.580	$ 234.000	$ 234.100
SALUD		SANITAS		$ 182.800	$ 182.800
ARL	3	SURA		$ 35.600	$ 35.700
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 452.400	$ 452.600

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	AV VILLAS S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	84805006

JEIMMY DAMARIS CAMACHO USAQUEN
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.443.018
CC. NO. CONTRATISTA

CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR
NOMBRE DEL SUPERVISOR
REF GESTION ENTORNO HOGAR

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-06-11,09:38:18AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla 1036418879**

Periodo Cotización 202105 **Periodo Servicio** 202105

Cliente:

PAGADA 11-06-2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JEIMMY DAMARIS CAMACHO USAQUEN				
Documento	CC 52443018	**Dirección**	TV 34 # 40 A 15 SUR CASA 12		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3202171882		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52443018		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CAMACHO USAQUEN JEIMMY DAMARIS	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																									**Extranjero**	**S. Integral**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**						**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDI	TAE	TDP	TAP	VSP	CON	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trns. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	AporteRiesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															3	30	30	30	6			$ 1.451.051	230301		16 %	$ 1.451.051	$ 232.200	$ 0	$ 0	EPS005		12.5 %	$ 1.451.051	$ 181.400	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.451.051	$ 35.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 232.200	$ 0	$ 0	$ 181.400	$ 35.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

CONTRATO DE APERTURA

Oficina	Ciudad	Fecha	Naturaleza
4842	BOGOTÁ	2021	PN

Apellidos y Nombres / Razón Social	Clase de Firmante	No. Identificación	Tipo ID	Tipo Aut.	Vigencia	Novedad
	T		1			A

Condiciones de Manejo

SOLO FIRMA EL TITULAR — A

El Banco Davivienda se encuentra inscrita en FOGAFIN. El seguro de depósitos de Fogafin tiene por objeto garantizar a los titulares de productos amparados, las acreencias a cargo de las instituciones financieras que sean objeto de liquidación forzosa administrativa, hasta por un valor de $20.000.000*. Los productos amparados por el seguro de depósitos son: Depósitos en cuenta corriente, depósitos simples, certificados de depósito a término (CDT), depósitos de ahorro, cuentas de ahorro especial, Bonos hipotecarios, depósitos especiales, servicios bancarios de recaudo y depósitos electrónicos. En general no se encuentran amparados por el seguro de depósitos los productos y las acreencias que conforme a la reglamentación emitida por FOGAFIN no resulten amparadas por este. * El valor asegurado esta sujeto a cambios conforme lo determine la normatividad vigente, así como las acreencias amparadas.

Clase de Sello

Cuenta Empleador	Tipo de Manejo	Tipo de producto	Número de producto
	INDIVIDUAL	CTA AHORROS	

Medios Entregados

Talonario / Chequera	SI	NO X
Tarjeta Débito	SI	NO X
Asigne la clave de mi tarjeta davilinea	SI	NO X
Asigne mi segunda clave	SI	NO X

Declaro con mi firma que el Banco me ha informado sobre el contenido del contrato y lo ha puesto a mi disposición en www.davivienda.com, el cual acepto; así mismo me obligo a consultar y revisar su contenido periódicamente. Declaro que se me informó y capacitó acerca de las medidas de seguridad que debo tener para la realización de operaciones por cada canal, así como los procedimientos para el bloqueo, inactivación, reactivación y cancelación de los productos, reglamentos y servicios ofrecidos por el Banco. De igual forma se me informó acerca de los costos y tarifas asociados al producto, así como el precio total que pagaré por los servicios ofrecidos, los cuales acepto. Declaro que conozco que puedo obtener más información en cualquier oficina del Banco o consultar en www.davivienda.com

Firma(s), sellos y Huellas del (los) titulares / Autorizados

Mauricio Arango
C.C. 80x285x58.

Firma del Titular (Si tiene Autorizado) ó Representante Legal | Firma y C.C. ó Sello

Firma y C.C. ó Sello | Firma y C.C. ó Sello

Declaro que el documento de identificación de (los) titulares de este producto es el que aparece en el campo Número de Identificación

Usuario

NOTA. Si dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al diligenciamiento de este formato desea llevar a cabo alguna transacción sobre los recursos depositados solo podrá hacerlo en la oficina de radicación del producto.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
562047867

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
11/06/2021

Número de aprobación
00046120

Dirección IP
186.31.222.112

Valor transacción
$ 449.000,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.19.61	CC	52443018

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017

DAVIVIENDA

DAVICUPO INTEGRAL Y NOVEDADES CRÉDITO CON GARANTÍA

DAVIVIENDA

Para diligenciar en pantalla, imprimir y firmar en original, preferiblemente. Si lo diligencia a mano, TODO EN MAYÚSCULAS.

BORRAR TODO EL FORMULARIO

Sucursal BOGOTA Y CUNDINAMARCA | Código oficina 4910 | Nombre oficina CANTON NORTE | Fecha 10/02/2021

Nombre asesor JHON ALONSO DAZA | Código agente vendedor 1.020.716.805

	Nombres y apellidos solicitantes	Tipo Id	No. identificación	Celular o fijo de contacto	Ingresos
1.	MAURICIO NOEL CLAVIJO MORENO	CC	80.128.538	3184843978	$ 8.766.000
2.					
3.					

Banco Davivienda S.A.

TIPO DE NOVEDAD

DAVICUPO Valor No. de cuenta

	Producto	No. producto	Cupo total	Valor a trasladar	Nuevo cupo
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

■ CRÉDITO HIPOTECARIO, LEASING O CRÉDITO DE CONSUMO CON GARANTÍA REAL

No. solicitud 15105703 | Fecha de entrega 10/04/2021

	Novedad	Nuevas condiciones
1.	DISMINUCION DE MONTO	$ 107.000.000,00
2.	CAMBIO DE MODALIDAD	HIPOTECARIO
3.	CAMBIO VALOR DE VENTA	$ 15.300.000,00
4.	.	
5.	.	
6.	.	

FINANCIACIÓN

	Valor	%
Valor solicitado	$ 107.000.000	69,93
Recursos propios	$ 46.000.000	30,07
Otros subsidios		0,00
Subs. caja comp.		0,00
Subsidio M.C.Y.		0,00
Hip. 2do. grado		0,00
Otros créditos		0,00
Valor inmueble	$ 153.000.000	100,00

	Nombre persona - Incluir / Excluir	Tipo ID	No. identificación
1.			
2.			

INFORMACIÓN PARA CAMBIO DE GARANTÍA

1. Dirección Ciudad
   Proyecto Constructor / Vendedor Nit / CC / CE
2. Dirección Ciudad
   Proyecto Constructor / Vendedor Nit / CC / CE

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Recuerde diligenciar este campo

AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo(amos) al BANCO DAVIVIENDA S.A. de conformidad con las condiciones de uso del servicio de débito automático, las cuales se me ha informado están publicados en *www.davivienda.com*, para que en caso de que me (nos) sea(n) aprobado(s) el (los) producto(s) y/o servicio(s) aquí solicitado(s), se debite en la fecha límite de pago de cada período de facturación, de mi cuenta No. el valor mínimo mensual a favor del BANCO DAVIVIENDA S.A. Esta autorización permanecerá vigente en tanto no sea revocada por escrito.

AUTORIZACIÓN DESEMBOLSO

Autorizo(amos) irrevocablemente al BANCO DAVIVIENDA S.A. en adelante DAVIVIENDA, que el desembolso del crédito aprobado a mi nombre sea realizado, conforme a las instrucciones citadas en la presente solicitud.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio, declaro(amos), de manera voluntaria e irrevocable, lo siguiente:

1. Los ingresos y/o bienes aquí declarados no provienen, ni provendrán de actividades ilícitas.
2. Los recursos mediante los cuales se realizará el pago de la(s) obligación(es) generada(s) durante la vigencia del (los) contrato(s) que da(n) origen a esta declaración tampoco provienen, ni provendrán de actividades ilícitas.
3. El país de origen de los recursos es
4. No admitiré(mos) y me(nos) cercioraré(mos) que terceros no efectúen abonos o depósitos a mi(s) (nuestros) producto(s) con recursos provenientes de actividades ilícitas. Tampoco efectuaré(mos) transacciones destinadas a la financiación de dichas actividades o a favor de personas relacionadas con actividades ilícitas
5. Me comprometo (Nos comprometemos) a mantener actualizada la información aquí declarada. Cualquier cambio será informado a más tardar dentro del día siguiente al hecho que dio lugar al mismo.
6. Mi (Nuestros) nombre(s) no está(n) incluido(s) en la Oficina de Control de Activos en el exterior (OFAC), ni en cualquier otra lista de similar naturaleza, de carácter nacional o internacional, en las que se publiquen los datos de las personas a quienes se haya iniciado proceso judicial, actuación administrativa o que hayan sido sancionadas y/o condenadas por las autoridades nacionales o internacionales de manera directa o indirecta con actividades ilícitas.
7. Conozco(cemos) y acepto(amos) que en caso que llegare(mos) a ser objeto de investigación judicial y/o actuación administrativa por parte de autoridades nacionales o internacionales, y/o de comprobarse que tengo(emos) vínculos comerciales o personales con empresas o personas que se encuentren incluidas en las listas señaladas en

(Continúa siguiente página)

Recuerde diligenciar este campo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-06-18,11:38:18AM Tipo Planilla I Número Planilla 1036418879

Periodo Cotización 202105 Periodo Servicio 202105

Cliente:

PAGADA 18-06-2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JEIMMY DAMARIS CAMACHO USAQUEN				
Documento	CC 52443018	Dirección	TV 34 # 40 A 15 SUR CASA 12		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3202171882		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52443018		Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00				N	CAMACHO USAQUEN JEIMMY DAMARIS	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trns. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trns. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	30	30	0			$ 1.462.580	230301		16 %	$ 1.462.580	$ 234.100	$ 0	$ 0	EPS005		12.5 %	$ 1.462.580	$ 182.800	$ 0	14-11	5	2,436 %	$ 1.462.580	$ 35.700	NN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 1.400	$ 300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.600

AJUSTE

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
562047867

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
18/06/2021

Número de aprobación
00046120

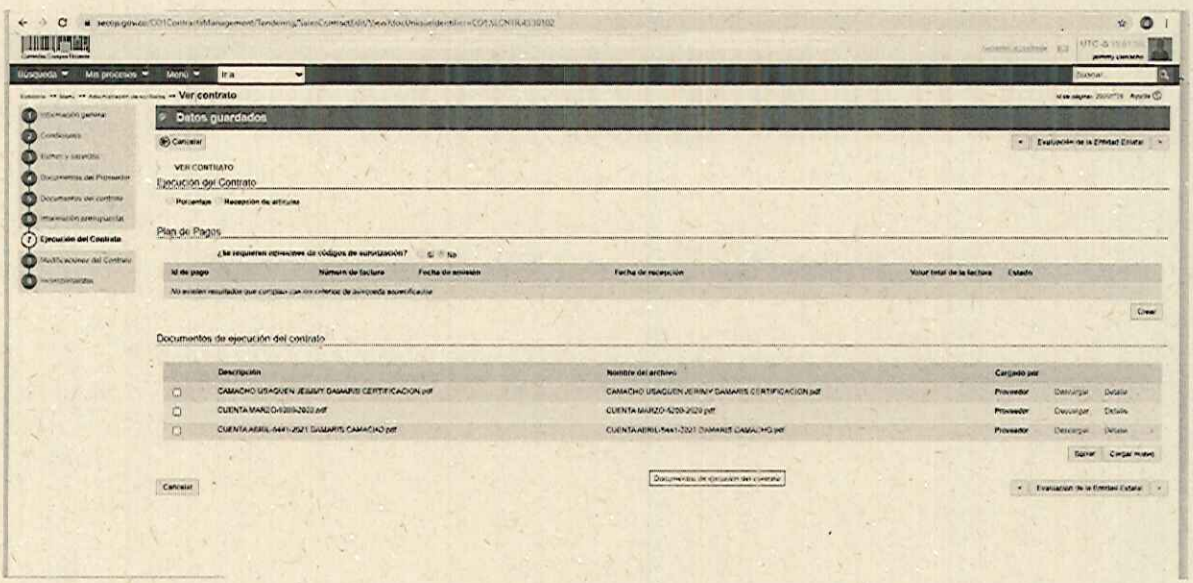
Dirección IP
186.31.222.112

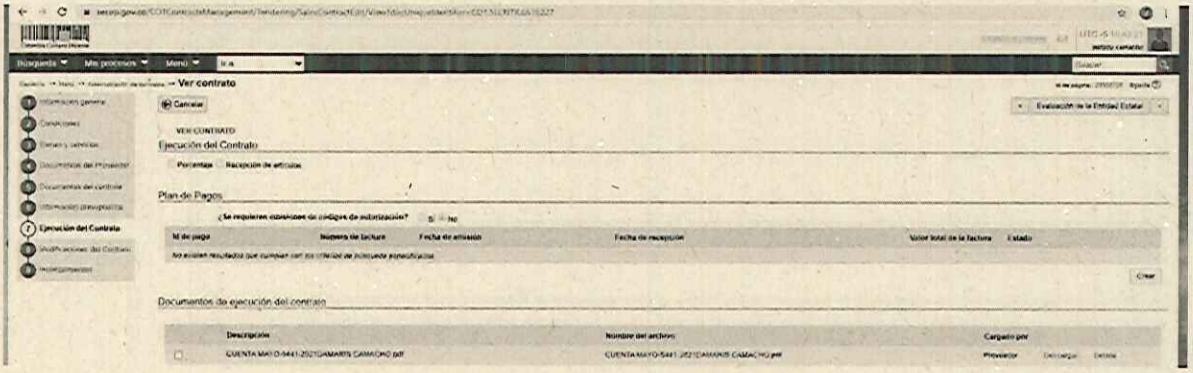
Valor transacción
$ 3.600,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.19.61	CC	52443018

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017

DAVIVIENDA


Datos guardados
Cancelar
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren opciones de códigos de autorización?
Si
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
CAMACHO USAQUEN JESSSY DAMARIS CERTIFICACION.pdf
CAMACHO USAQUEN JERINY DAMARIS CERTIFICACION.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA MARZO-9288-2022.pdf
CUENTA MARZO-9288-2022.pdf
CUENTA ABRIL-9441-2021 DAMARIS CAMACHO.pdf
CUENTA ABRIL-9441-2021 DAMARIS CAMACHO.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar


Cancelar
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren opciones de códigos de autorización?
Si
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
CUENTA MAYO-9441-2021DAMARIS CAMACHO.pdf
CUENTA MAYO-9441-2021DAMARIS CAMACHO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle