Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4362 2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIVIENDA

Nombre del Contratista: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **C.C.** 1.020.769.821 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.519.991

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8658910278
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 2.519.991	$ 280.009

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO
ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-04 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos estableciddos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado
3	3. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Realizar apropiacion conceptual de los lineamineto suministrados por Secretaria Distrital Salud
4	4	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.020.769.821 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO - VIVIENDA
FIRMA	

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ

Identificación: CC-1020769821

Sucursal: 0

Período Pensión: 2018-07

Período Salud: 2018-07

Fecha Pago Planilla: 2018-07-17

Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Número Identificación	1,020,769,821
Nombre	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
EPS	MEDIMAS EPS
AFP	PORVENIR
Caja de Compensación	COMPENSAR-CCF
ARP	SEGUROS BOLIVAR
Número de planilla	8658910278
Referencia de pago(PIN)	8681679754
Tipo de planilla	I
Período pensión	2018-07
Período salud	2018-07
Tipo de cotizante	
Subtipo de cotizante	No aplica

Novedades															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
															0

Dias Cotizados	
PENSIÓN	30
SALUD	30
RIESGOS	30
CAJA DE COMPENSACION	30

Modalidad Salario	Salario	IBC Pensión	1,120,000
IBC Salud	1,120,000	IBC Riesgos	1,120,000
IBC Cajas	1,120,000	IBC SENA e ICBF	$0
Salario	1,120,000		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES							
Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total Cotización	Fondo de Sol Pensional	Fondo de Subs Pensional	Valor no retenido aportes vol
		Afiliado	Aportante				
16.0%	179,200	0	0	179,200	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE SALUD						
			Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad	
Tarifa	Cotización Obligatoria	UPC adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
0.1250000	140,000	0		0		0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES		
Centro de Trabajo		
Cóodigo centro de trabajo	Tarifa	Cotización Obligatoria
900959051	0.0243600	27,300

APORTES PARAFISCALES



PAGO DE FACTURAS

PILA BP
NUM APROBACION:75885655
NUM REFERENCIA:0000008681679754
NUM IDENTIFICACION:1020769821
PERIODO: 2018-07
FECHA EFECTIVA:2018-07-16
VALOR: 372.200
LUN16 JUL 18 19:07:51
197-11815979-196
770651-423107-444619-044260-41
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 11391 CLR 8948158
00119758-882193

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4362 2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIVIENDA

Nombre del Contratista: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **C.C.** 1.020.769.821 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.800.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8658910278
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8658364405
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 5.600.000	$ 5.319.991	$ 280.009

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

1.PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1.Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato.
2	2. Apoyar laprestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caraeterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar apropiacion conceptual de los lineamineto suministrados por Secretraria Distrital Salud
4	.	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.020.769.821 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE ESPACIO - VIVIENDA
FIRMA	

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ

Identificación: CC-1020769821

Sucursal: 0

Período Pensión: 2018-08

Período Salud: 2018-08

Fecha Pago Planilla: 2018-08-14

Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Número Identificación	1,020,769,821
Nombre	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
EPS	MEDIMAS EPS
AFP	PORVENIR
Caja de Compensación	COMPENSAR-CCF
ARP	SEGUROS BOLIVAR
Número de planilla	8658364405
Referencia de pago(PIN)	8681679754
Tipo de planilla	I
Período pensión	2018-08
Período salud	2018-08
Tipo de cotizante	
Subtipo de cotizante	No aplica

Novedades															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
															0

Dias Cotizados	
PENSIÓN	30
SALUD	30
RIESGOS	30
CAJA DE COMPENSACION	30

Modalidad Salario	Salario	IBC Pensión	1,120,000
IBC Salud	1,120,000	IBC Riesgos	1,120,000
IBC Cajas	1,120,000	IBC SENA e ICBF	$0
Salario	1,120,000		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES							
Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total Cotización	Fondo de Sol Pensional	Fondo de Subs Pensional	Valor no retenido aportes vol
		Afiliado	Aportante				
16.0%	179,200	0	0	179,200	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE SALUD						
			Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad	
Tarifa	Cotización Obligatoria	UPC adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
0.1250000	140,000	0		0		0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES		
Centro de Trabajo		
Cóodigo centro de trabajo	Tarifa	Cotización Obligatoria
900959051	0.0243600	27,300

APORTES PARAFISCALES

Salud.



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:05537037
NUM REFERENCIA:000000868167975 4
NUM IDENTIFICACION:1020769821
PERIODO: 2018-08
FECHA EFECTIVA:2018-08-13
VALOR: 371.300
LUN13 AGO 18 16:25:04
225-1136670 1-210
770912-570436-644613-525260-49
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 22163 CLR 8948522
00189797-005426

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4362 2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIVIENDA

Nombre del Contratista: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **C.C.** 1.020.769.821 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-05
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8658910278
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8658364405
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.620.000	$ 8.319.991	$ 9.300.009

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

1.PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1.Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato.
2	2. Apoyar laprestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acorde a las acciones establecidas en el lineamiento
4	4.Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación
3	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	Realizar caracterizaciones según cronograma y asigancion de bases
3	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Diligenciarlos formatos de acuerdo a estandares de calidad.

Observaciones:

Firma del Contratista

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 1.020.769.821 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE DEL ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
IDENTIFICACION:	CC-1020769821
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-09-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-10-04
FECHA DE PAGO:	2018-09-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2018-09
PERIODO SALUD:	2018-09
NUMERO PLANILLA:	8657778450
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8657778450
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 150.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.000	$ 192.000
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.300	$ 29.300
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.000	$ 24.000
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 395.300	$ 395.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/11/2018



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:97782006
NUM REFERENCIA:0000008657778450
NUM.IDENTIFICACION:1020769821
PERIODO: 2018-09
FECHA EFECTIVA:2018-09-18
VALOR: 395.300
MAR18 SEP 18 11:36:09
261-02648676-185
770202-274958-344628-371260-43
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 2660 CLR 11044282
00166469-362193

4362

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

4362

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4362 2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIVIENDA

Nombre del Contratista: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **C.C.** 1.020.769.821 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 2.900.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-05
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8658910278
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8658364405
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
4	OCTUBRE	$ 2.900.000	$ 371.300	8657778450
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.620.000	$ 11.219.991	$ 6.400.009

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

1.PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1.Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos estableciddos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato.
2	2. Apoyar laprestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acorde a las acciones establecidas en el lineamiento
4	4.Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación
3	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	Realizar caracterizaciones según cronograma y asigancion de bases
3	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Diligenciarlos formatos de acuerdo a estandares de calidad.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.020.769.821 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE DEL ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ

Identificación: CC-1020769821

Sucursal: 0

Período Pensión: 2018-09

Período Salud: 2018-09

Fecha Pago Planilla: 2018-09-18

Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Número Identificación	1,020,769,821
Nombre	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
EPS	MEDIMAS EPS
AFP	PORVENIR
Caja de Compensación	COMPENSAR-CCF
ARP	SEGUROS BOLIVAR
Número de planilla	8657778450
Referencia de pago(PIN)	8657778450
Tipo de planilla	I
Periodo pensión	2018-09
Periodo salud	2018-09
Tipo de cotizante	
Subtipo de cotizante	No aplica

Novedades															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
						X									0

Dias Cotizados	
PENSIÓN	30
SALUD	30
RIESGOS	30
CAJA DE COMPENSACION	30

Modalidad Salario	Salario	IBC Pensión	1,200,000
IBC Salud	1,200,000	IBC Riesgos	1,200,000
IBC Cajas	1,200,000	IBC SENA e ICBF	$0
Salario	1,200,000		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES							
Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total Cotización	Fondo de Sol Pensional	Fondo de Subs Pensional	Valor no retenido aportes vol
		Afiliado	Aportante				
16.0%	192,000	0	0	192,000	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE SALUD						
			Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad	
Tarifa	Cotización Obligatoria	UPC adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
0.1250000	150,000	0	0	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES		
Centro de Trabajo		
Cóodigo centro de trabajo	Tarifa	Cotización Obligatoria
900959051	0.0243600	29,300

APORTES PARAFISCALES

Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa Caja	Aporte Caja	Tarifa MIN EDU	Aporte MIN EDU
0.0000000	0	0.0000000	0	0.0000000	0	0.0200000	24,000	0.0000000	0

ASOPAGOS s.a.

PAGADO

4362

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERISIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4362 201 | C.D.P. No.: 2423 | Proceso al que pertene: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que perten: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ | C.C. 1.020.769.821 | de: Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-04 | Fecha Terminación incial: 2018-08-03 | Valor Mensua: $ 3.000.000 | Valor a cobrar: $ 1.565.217

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 3.913.043	3622		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8658910278
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8658364405
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
5	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
6	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391.304	$ 50.300	8657778450 - 8658949937
7	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 555.500	13801558
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 21.533.043	$ 12.885.208	$ 8.647.835

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el perioc Desde: 2018-09-01 Hasta: 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato.
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia. Se realizan dos caracterizaciones como proceso adicionales para el mes de septiembre. Se realizan cinco caracterizaciones como proceso adiconales para el mes de octubre.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acorde a las acciones establecidas en el lineamiento
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar caracterizaciones según cronograma y asigancion de bases
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Diligenciarlos formatos de acuerdo a estandares de calidad.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.020.769.821 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardozo Cruz
CARGO:	Referente de Espacio Vivienda
FIRMA	

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
IDENTIFICACION:	CC-1020769821
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-09-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-10-04
FECHA DE PAGO:	2018-09-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2018-09
PERIODO SALUD:	2018-09
NUMERO PLANILLA:	8657778450
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8657778450
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 150.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.000	$ 192.000
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.300	$ 29.300
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.000	$ 24.000
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 395.300	$ 395.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/11/2018

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ

Identificación: CC-1020769821

Sucursal: 0

Período Pensión: 2018-09

Período Salud: 2018-09

Fecha Pago Planilla: 2018-11-19

Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Número Identificación	1,020,769,821
Nombre	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
EPS	MEDIMAS EPS
AFP	PORVENIR
Caja de Compensación	COMPENSAR-CCF
ARP	SEGUROS BOLIVAR
Número de planilla	8656949937
Referencia de pago(PIN)	8656949937
Tipo de planilla	N
Período pensión	2018-09
Período salud	2018-09
Tipo de cotizante	
Subtipo de cotizante	No aplica

Novedades														
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
						X									0

Dias Cotizados	
PENSIÓN	30
SALUD	30
RIESGOS	30
CAJA DE COMPENSACION	30

Modalidad Salario	Salario	IBC Pensión	1,356,521
IBC Salud	1,356,521	IBC Riesgos	1,356,521
IBC Cajas	1,200,000	IBC SENA e ICBF	$0
Salario	1,200,000		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES							
Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total Cotización	Fondo de Sol Pensional	Fondo de Subs Pensional	Valor no retenido aportes vol
		Afiliado	Aportante				
16.0%	217,100	0	0	217,100	0	0	0

SISTEMA GENERAL DE SALUD						
			Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad	
Tarifa	Cotización Obligatoria	UPC adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
0.1250000	169,600	0		0		0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES		
Centro de Trabajo		
Cóodigo centro de trabajo	Tarifa	Cotización Obligatoria
900959051	0.0243600	33,100

APORTES PARAFISCALES

Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa Caja	Aporte Caja	Tarifa MIN EDU	Aporte MIN EDU
0.0000000	0	0.0000000	0	0.0000000	0	0.0200000	24,000	0.0000000	0

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4362 201 **C.D.P. No.:** 2423
Proceso al que pertene: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que perten: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **C.C.** 1.020.769.821 **de:** Bogotá

recha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensua:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 3.913.043	3622		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8658910278
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8658364405
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
5	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
6	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391.304	$ 50.300	8657778450 - 8656949937
7	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 555.500	13801558
8	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 555.500	13801558
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 21.533.043	$ 15.885.208	$ 5.647.835

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el perioc **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos estableciddos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato.
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia. Se realizan dos caracterizaciones como proceso adicionales para el mes de septiembre. Se realizan cinco caracterizaciones como proceso adicionales para el mes de octubre.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acorde a las acciones establecidas en el lineamiento
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar caracterizaciones según cronograma y asigancion de bases
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Diligenciarlos formatos de acuerdo a estandares de calidad.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.020.769.821 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardoza Cruz
CARGO:	Referente del Espacio Vivienda
FIRMA	

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
IDENTIFICACION:	CC-1020769821
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-11-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-11-07
FECHA DE PAGO:	2018-11-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2018-10
PERIODO SALUD:	2018-10
NUMERO PLANILLA:	13801558
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	13801558
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 208.700	$ 210.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 267.200	$ 269.800
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 0	$ 0	$ 400	$ 40.700	$ 41.100
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 400	$ 33.400	$ 33.800
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 5.500	$ 550.000	$ 555.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/12/2018

Banco AV Villas

MARIA CATALINA VARGAS CASTRO .
Fecha: 20/11/2018 01:27 PM
Último ingreso: 20/11/2018 09:43 AM

Resultado del pago

Esta pantalla le permite ver el resultado su pago.

¡FELICITACIONES!:
PAGO EXITOSO

Tu Pago ASOPAGOS-13801558 ha sido exitoso.
Tu número de autorización es 52522492.

Genera tus claves desde tu Smartphone sin esperar para recibirlas, descargando y activando la

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
IDENTIFICACION:	CC-1020769821
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-11-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-11-07
FECHA DE PAGO:	2018-11-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2018-10
PERIODO SALUD:	2018-10
NUMERO PLANILLA:	13801558
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	13801558
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 208.700	$ 210.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 267.200	$ 269.800
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 0	$ 0	$ 400	$ 40.700	$ 41.100
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 400	$ 33.400	$ 33.800
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 5.500	$ 550.000	$ 555.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/12/2018

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4362 20 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertene:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que perten: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **C.C.** 1.020.769.821 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensua:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 1.173.913

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 3.913.043	3622		
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8658910278
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8658364405
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
5	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
6	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391.304	$ 50.300	8657778450 - 8656949937
7	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 555.500	13801558
8	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 555.500	13801558
9	EXTRAS NOVIEMBRE	$ 1.173.913	$ 553.400	13933450
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 21.533.043	$ 17.019.121	$ 4.513.922

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el perioc **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato.
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia. Se realizan cinco caracterizaciones como proceso adicionales para el mes de noviemnre . Se realizan seguimientos respectivos de los proceso adiconales para el mes de noviembre.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acorde a las acciones establecidas en el lineamiento
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar caracterizaciones según cronograma y asigancion de bases
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Diligenciarlos formatos de acuerdo a estandares de calidad.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.020.769.821 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardozo Cruz
CARGO:	Referente del Espacio Vivienda
FIRMA	

Constancia por Pérdida de
Documentos



Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 20 mes 11 año 2018, a las 3:50 p. m. El(La) señor(a) DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 1020769821 , reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Otro / Other	8656949937	BAUCHER PAGO PLANILLA DE EPS ASOPAGOS

La presente constancia se puede verificar en http://webrp.policia.gov.co/Constancia/publico/Buscador_Constancia.aspx , mediante el número de consecutivo 102076982124443514.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

Imprimir constancia DESCARGAR AHORA

© 2008 - POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA - Todos los Derechos Reservados, Carrera 59No 26-21, CAN, Bogotá D.C.

Banco AV Villas

MARIA CATALINA VARGAS CASTRO .
Fecha: 20/11/2018 01:27 PM
Último ingreso: 20/11/2018 09:43 AM

Resultado del pago

Esta pantalla le permite ver el resultado su pago.

¡FELICITACIONES!:
PAGO EXITOSO

Tu Pago ASOPAGOS-13801558 ha sido exitoso.
Tu número de autorización es 52522492.

Genera tus claves desde tu Smartphone sin esperar para recibirlas, descargando y activando la

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4362 20 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertene** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertene SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **C.C.** 1.020.769.821 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensua** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 4.173.913

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 3.913.043	3622		
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8658910278
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8658364405
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391.304	$ 50.300	8657778450 - 8658949937
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 555.500	13801558
7	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 555.500	13801558
8	EXTRAS NOVIEMBRE	$ 1.173.913	$ 553.400	13933450
9	EXTRAS DICIEMBRE	$ 1.173.913	$ 553.400	13933450
10	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 553.400	13933450
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 21.533.043	$ 21.233.034	$ 300.009

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el perioc **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato.
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia. Se realizan cinco caracterizaciones como proceso adicionales para el mes de diciembre. Se realizan seguimientos respectivos de los proceso adiconales para el mes de diciembre.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acorde a las acciones establecidas en el lineamiento
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar caracterizaciones según cronograma y asigancion de bases
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Diligenciarios formatos de acuerdo a estandares de calidad.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.020.769.821 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardozo Cruz
CARGO:	Referente del Espacio Vivienda
FIRMA	

La transacción fué realizada con éxito

Nit de la Empresa:	1020769821
Nombre de la Empresa:	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
Nit del comercio:	9998605023278
Nombre del comercio:	Jaime Torres C & CIA

Valor del pago:	$553.400
Fecha Transacción:	2018-12-14 12:35
Estado Transacción:	APROBADA
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Nro. Transación - CUS:	395355658
Número Factura:	13933450
Descripción:	Pago de seguridad Social Integrado
Dirección IP:	10.10.10.137

Reporte Certificado Cambio de BDUA y RUAF

Imprimir Regresar

Para mayor información comunicarse a los teléfonos en Bogotá al 4875111, resto del país al 018000121260, correo electrónico servicioalcliente@asopagos.com

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **Identificación:** CC-1020769821 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2018-12-14 **Fecha limite de pago:** 2018-12-06 **Fecha de pago:** 2018-12-14 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Período pensión:** 2018-11 **Período salud:** 2018-11 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** I **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 13933450	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS / SELECCIONAR NINGUNO
230301	800224808	PORVENIR	1	$0	$0	$1.600	$267.200	$268.800	☐
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS S.A.S.	1	$0	$0	$1.300	$208.700	$210.000	☐
14-7	860002503	CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$0	$0	$300	$40.700	$41.000	☐
CCF24	860066942	Caja de Compensacion Familiar COMPENSAR	1	$0	$0	$200	$33.400	$33.600	☐
GRAN TOTAL				$0	$0	$3.400	$550.000	$553.400	

Imprimir | Descargar Resumen

20

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4362 201 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **C.C.** 1.020.769.821 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación Incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 3.913.043	3622		
5			2019-01-04	2019-03-03
6	$ 6.000.000	6		
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8658910278
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8658364405
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
5	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8657778450
6	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391.304	$ 50.300	8657778450 - 8656949937
7	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 555.500	13801558
8	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 555.500	13801558
9	EXTRAS NOVIEMBRE	$ 1.173.913	$ 553.400	13933450
10	EXTRAS DICIEMBRE	$ 1.173.913	$ 553.400	13933450
11	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 553.400	13933450
12	ENERO	$ 3.000.000	$ 553.100	14063713
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 27.533.043	$ 24.233.034	$ 3.300.009

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos estableciddos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato.
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar Implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acorde a las acciones establecidas en el lineamiento
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar caracterizaciones según cronograma y asigancion de bases
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Diligenciarlos formatos de acuerdo a estandares de calidad.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.020.769.821 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardoza Cruz
CARGO:	Referente del Espacio Vivienda
FIRMA	

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ
IDENTIFICACION:	CC-1020769821
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-01-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-01-08
FECHA DE PAGO:	2019-01-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2018-12
PERIODO SALUD:	2018-12
NUMERO PLANILLA:	14063713
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	14063713
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 208.600	$ 209.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 267.000	$ 268.600
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 0	$ 0	$ 300	$ 40.700	$ 41.000
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 200	$ 33.400	$ 33.600
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 3.400	$ 549.700	$ 553.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/01/2019

Fácil, rápido y seguro



Hola, Deisy Katherine Herrera Hernández!

Gracias por utilizar los servicios de PSE, los siguiente son los datos de la transacción CUS **404536720**:

Estado de la transacción: **Aprobada**
Empresa: **ASOPAGOS**
Descripción: **Pago de seguridad Social Integrado**
Valor de la transacción: **$ 553.100,00**
Fecha de aprobación: **15/01/2019**

Para mayor información comunícate con nosotros
en Bogotá +57 (1) 3808890 opción 2
o visita el sitio web www.pse.com.co

Copyright@2018 ACH Colombia. todos los derechos reservados