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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | 4408-2018 | **C.D.P. No.:** | 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA |
| **Nombre del Contratista:** | YENSY GUEVARA GONZALEZ | | | **C.C.** | 1.071.630.188 **de:** FOMEQUE |
| **Fecha Inicio:** | 2018-07-04 | **Fecha Terminación incial:** | 2018-08-03 | **Valor Mensual:** | $ 1.500.000 **Valor a cobrar:** $ 1.350.000 |

| 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 | $ 1.350.000 | $ 241.800 | 832876927O |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.500.000 | $ 1.500.000 | $ 1.350.000 | $ 150.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE AUXILIAR DE 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:** 2018-07-30

| | 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. | Verificación bases de datos en excel, gestion de riesgo. Digitación de formatos suministrados por enfermeras. Asignación de citas en Excel y Dinamica, previa llamada a usuarios para agendar. |
| 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 anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | completar información en base de geocodificador, apoyando en comprobador de derechos y base PAI<br>Asistencia a reuniones programadas por Líder del Espacio Vivienda, por Técnico de Sistemas, por Jefe de proceso. |
| 3 | 3.Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar Contenidas en el formato de necesidades de personal que hace parte integral del presente contrato. | Apoyo a técnico administrativo en labores propias del perfil formato de cronograma diligenciado |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

**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.** 1.071.630.188 **de** FOMEQUE

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MILTON CARDOZO CRUZ |
| **CARGO:** | LIDER ESPACIO VIVIENDA |
| **FIRMA** | |

**Señor(a):** YENSY GUEVARA GONZALEZ
**No. Identificación:** CC 1071630188
**Dirección:** CLL 35 ASUR # 91C-38
**Teléfono:** 3134011833 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8328769270

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | YENSY GUEVARA GONZALEZ |
| Tipo y Número de Identificación | CC 1071630188 |
| Número Planilla | 8328769270 |
| Fecha de Pago | 7/18/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 710647750 |
| Banco | 1019 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Julio 2018 |
| Periodo Cotización Pensión | Julio 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Julio 2018 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | $241.800 |
| Total Interes Mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $19.100 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | $125.000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $97.700 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1071630188
APELLIDOS Y NOMBRES GUEVARA GONZALEZ YENSY

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 0 | 781.242 | 781.242 | 781.242 | 0 | 97.700 | 125.000 | 19.100 | 0 |

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | 4408-2018 | **C.D.P. No.:** | 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA |

**Nombre del Contratista:** YENSY GUEVARA GONZALEZ **C.C.** 1.071.630.188 **de:** FOMEQUE

**Fecha Inicio:** 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 1.500.000 **Valor a cobrar:** $ 900.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.500.000 | 2667 | 4/08/2018 | 3/09/2018 |
| 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 | $ 1.350.000 | $ 241.800 | 8328769270 |
| 2 | AGOSTO | $ 900.000 | $ 241.800 | 8329410422 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.500.000 | $ 3.000.000 | $ 2.250.000 | $ 750.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE AUXILIAR DE 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:** 2018-08-18

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 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 linemiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato |
| 2 | Apoyar las prestaciones de servicios en el PIC presentando la informacion y "o" soporte que soliciten y que corresponden al objeto o actividades contractuales y de acuerdo al anexos ylineamientos contenido en el contrato suscrito en Fondo Financiero Distrital. | recepcion del cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas. ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion el instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana (PYD) Y evaluacion del riesgo ( identificacion de alertas alta, media, baja) y 6 diarias de acuerdo a los hallazgos de la visita los gestores por medio de la escala de alertas clasificara a la familia y desarrolla las acciones segun el caso. entrega diaria de productos informando y reportando las realizadas y fallidas.Cronograma a demanda del servicio. |
| 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 lineamientos suministrados por la secretaria de salud |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

**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

Yensy Guevara
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.071.630.188 **de** FOMEQUE

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MILTON CARDOZO CRUZ |
| **CARGO:** | REFERENTE ESPACIO VIVIENDA |
| **FIRMA** | |

**Señor(a):** YENSY GUEVARA GONZALEZ
**No. Identificación:** CC 1071630188
**Dirección:** CLL 35 ASUR # 91C-38
**Teléfono:** 3134011833 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8329410422

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | YENSY GUEVARA GONZALEZ |
| Tipo y Número de Identificación | CC 1071630188 |
| Número Planilla | 8329410422 |
| Fecha de Pago | 8/14/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 710232014 |
| Banco | 1019 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Agosto 2018 |
| Periodo Cotización Pensión | Agosto 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Agosto 2018 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | $241.800 |
| Total Interes Mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $19.100 | 1 |
| 230201 | Proteccion (IBG + Proteccion) | $125.000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $97.700 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1071630188
APELLIDOS Y NOMBRES GUEVARA GONZALEZ YENSY

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 0 | 781.242 | 781.242 | 781.242 | 0 | 97.700 | 125.000 | 19.100 | 0 |

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

66

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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | 4408-2018 | **C.D.P. No.:** | 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA |
| **Nombre del Contratista:** | YENSY GUEVARA GONZALEZ | | | **C.C.** | 1.071.630.188 **de:** FOMEQUE |
| **Fecha Inicio:** | 2018-07-04 | **Fecha Terminación incial:** | 2018-08-03 | **Valor Mensual:** | $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 623.370 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.500.000 | 2667 | 4/08/2018 | 3/09/2018 |
| 2 | $ 6.205.000 | 2857 | 04/09/2018 | 03/01/2019 |
| 3 | | | 04/01/2019 | 03/03/2019 |
| 4 | $ 3.100.000 | 8 | | |
| 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 | $ 1.350.000 | $ 241.800 | 8328769270 |
| 2 | AGOSTO | $ 900.000 | $ 241.800 | 8329410422 |
| 3 | FEBRERO | $ 623.370 | $ 256.300 | 8333042334 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 1.500.000 | $ 12.305.000 | $ 2.873.370 | $ 9.431.630 |

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

### OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE AUXILIAR DE 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 perio** **Desde:** 2019-02-01 **Hasta:** 2019-02-12

| | 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. | Verificación bases de datos en excel, gestion de riesgo. Digitación de formatos suministrados por enfermeras. Asiganción de citas en Excel y Dinamica, previa llamada a usuarios para agendar. |
| 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 anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | completar información en base de geocodificador, apoyando en comprobador de derechos y base PAI.<br>Asistencia a reuniones programadas por Lider del Espacio Vivienda, por Técnico de Sistemas, por Jefe de proceso. |
| 3 | 3.Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar .Contenidas en el formato de necesidades de personal que hace parte integral del presente contrato. | Apoyo a técnico administrativo en labores propias del perfil.formato de cronograma diligenciado |
| 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 | Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento y según directriz de la subred. |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal | Realizar tamizaje a ususarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDE |
| 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 | Se realiza el debido diligenciamiento de cada uno de los formatos entregados por la subred dando veracidad a cada uno de ellos, y la informacion correcta para su posterior actividad. |

**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.** 1.071.630.188 **de** FOMEQUE

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MILTON CARDOZO |
| **CARGO:** | REFERENTE ESPACIO VIVIENDA |
| **FIRMA** | |

**Señor(a):** YENSY GUEVARA GONZALEZ
**No. Identificación:** CC 1071630188
**Dirección:** CLL 35 ASUR # 91C-38
**Teléfono:** 3134011833 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8333042334

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | YENSY GUEVARA GONZALEZ |
| Tipo y Número de Identificación | CC 1071630188 |
| Número Planilla | 8333042334 |
| Fecha de Pago | 2/14/2019 |
| Número de Autorización de Pago | 710323365 |
| Banco | 1019 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Febrero 2019 |
| Periodo Cotización Pensión | Febrero 2019 |
| Periodo Cotización Caja | Febrero 2019 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | $256.300 |
| Total Interes Mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $20.200 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | $132.500 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $103.600 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1071630188
APELLIDOS Y NOMBRES GUEVARA GONZALEZ YENSY

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 0 | 828.116 | 828.116 | 828.116 | 0 | 103.600 | 132.500 | 20.200 | 0 |

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

COLPATRIA
Concepto: Mi Planilla Compensa
Nombre: MI PLANILLA
Valor: $256300.0
Ref1: Nro. de Factura
Valor ref1: 8333042334
Nombre cajero: AREVALO JEISON
ST#71
RG#3
TR#12760
Fecha: 13/02/19 18:40:08
FIRMA: _____

CENCOSUD COLOMBIA S.A. NIT 900.155.107-1
GRAN CONTRIBUYENTE SEGUN RESOLUCION
DIAN No. 012635 DE DICIEMBRE 14 DE 2018
AUTORRETENEDOR DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA
RESOLUCION DIAN No. 12688 NOV 23 DE 2009
REGIMEN COMUN RETENEDOR DE IVA A REGIMEN
COMUN Y SIMPLIFICADO
METRO TINTALITO
CR 86 B No. 42 B - 54 SUR
MI PLANILLA 8333042334

| | $ |
|---|---|
| MI PLANILLA | 256300 |
| SUBTOTAL | 256300 |
| SUBTOTAL. | 256300 |
| EFECTIVO | 258000 |
| CAMBIO | 1700 |

ICBP = IMPUESTO AL CONSUMO BOLSAS
PLASTICAS (LEY1819/16)
I=8% IMPUESTO AL CONSUMO POR SERVICIO
EXPENDIO DE COMIDAS Y BEBIDAS(LEY 1607/12)
CAMBIOS Y/O DEVOLUCIONES 8 DIAS CALENDAR
CONSULTAR CONDICIONES Y RESTRI. MODULO
SERV. AL CLIENTE. GRACIAS POR SU VISITA
Equipo A2875B
AREVALO JEISON
ST#71 RG#3 CG#AJ TR#12760
06:40 PM 13/02/2019
TRANSACCION SUJETA A VERIFICAC
LINEA NACIONAL DE RECLAMOS No
018000522222
BOGOTA:7561616
CALI:4891616
MEDELLIN:6041616

Scanned by CamScanner