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 4757 -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 - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista: JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ **C.C.** 80.242.441 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 1.500.000 **Valor a cobrar:** $ 1.500.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-09
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	$ 1.100.000	$ 241.800	8328428803
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8329079866
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	$ 2.600.000	$ 400.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARRROLLANDO 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	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años, 60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11° bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
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.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidas en el formatos de nesecidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Brindo la educacion sobre los cuidados y reacciones postvacunales ,al padre o cuidador despues de prestar el servicio de vacunacion de acuerdo al esquema segun la edad. Cumplo con las actividades programadas por el proceso puntualidad en el inicio de actividades segun cronograma y entrega de actividades pautadas.
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

Jose Libardo Acosta Hernandez
Firma del Contratista

C.C. 80.242.441 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

ADICIÓN No. 1 AL CONTRATO No. PS 4757 2018 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ con C.C No. 80.242.441

Entre los suscritos a saber, por una parte, **LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadania No. 79.269.492 de Bogotá, D.C., en su calidad de Ordenador del gasto de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, de conformidad con la delegación conferida a través de la Resolución No. 284 del veintisiete (27) de junio de dos mil dieciocho (2018) expedida por la Gerente, quien en adelante se denominará la **SUBRED** y por otra parte **JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ,** también mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 80.242.441**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar la presente adición previa las siguientes consideraciones: **1)** Que, la contratación de las Empresas Sociales del Estado se rige por el Derecho Privado, de conformidad con el numeral 6 del articulo 195 de la Ley 100 de 1993, el Acuerdo 27 de 2017- Estatuto de Contratación y Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred. **2.)** Que con fecha 09 DE JULIO DE 2018, se suscribió el contrato de prestación de servicios No. PS 4757 2018, cuyo objeto consiste en " PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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.. **3)** Que el plazo de ejecución se pactó hasta el 8 DE AGOSTO DE 2018. **4)** Que el valor del contrato se pactó en la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000.oo). **5.)** Que con base en las disposiciones de la Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred vigente, numeral 3.2.3 Inciso tercero: *"Los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. No obstante, las adiciones no superaran el mes de enero del siguiente año"*. **6)** Que, conforme a lo dispuesto en el parágrafo de la cláusula décima primera del contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E queda facultada para adicionar cuantas veces sea necesario dentro de los doce (12) meses siguientes a la suscripción del contrato siempre que exista una justificación que soporte la adición y las condiciones del mismo lo permitan. **7)** Que, la Subred solicita para dar cumplimiento a las actividades establecidas y contenidas en los lineamientos del contrato del plan de intervenciones colectivas ps pic n.466100-2018 con vigencia julio a diciembre del 2018 y suscrito entre el fondo financiero distrital y la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. En virtud de las anteriores consideraciones, las partes suscriben la presente adición que se regirá por las siguientes Cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA**: Adicionar el valor del contrato en la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000.oo). **CLÁUSULA SEGUNDA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: El valor de esta adición se cancelará con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 2807 del 09 DE AGOSTO DE 2018. **CLÁUSULA TERCERA: VIGENCIA DE LAS DEMÁS CLÁUSULAS:** La presente adición sólo surte efectos en el clausulado que se modifica, las demás estipulaciones continúan vigentes y sin modificaciones. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., el 09 DE AGOSTO DE 2018.

POR LA SUBRED

LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

POR EL CONTRATISTA

JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ
C.C. No. 80.242.441

Las actuaciones de los Usuarios en el SECOP II comprometen a la Entidad Estatal o al Proveedor del cual son agentes. La autenticación del SECOP II, es decir, el nombre de usuario y la contraseña constituyen una firma electrónica en los términos del artículo 7 de la Ley 527 de 1999 y las normas que la reglamentan.

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Elaboró: Yanessa Lilchyn – Apoyo Administrativo Dirección Contratación OPS

Jose Libardo Acosta Hernandez
80242441

Señor(a): JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ
No. Identificación: CC 80242441
Dirección: CALLE 68 D NO. 1B - 47 SUR
Teléfono: 2003125 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8329079866

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	JOSE LIBARDO ACOSTA HERNAI
Tipo y Número de Identificación	CC 80242441
Número Planilla	8329079866
Fecha de Pago	8/17/2018
Número de Autorización de Pago	29079866
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Agosto 2018
Periodo Cotización Pensión	Agosto 2018
Periodo Cotizacion Caja	Agosto 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$243.300
Total Interes Mora	$1.500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$19.300	1
231001	Colfondos	$125.700	1
EPS002	Salud Total EPS	$98.300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80242441
APELLIDOS Y NOMBRES ACOSTA HERNANDEZ JOSE LIBARDO

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	231001	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

Jose Libardo Acosta Hernandez
80 242441

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

80242441

243 000

PAGO CON ACUERDO DE PLANILLA

03291097516

2018 08

Jose Libardo Acosta Hernandez
80242441

#4757

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 4757 2018	**C.D.P. No.:**	2857	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista: JOSE ACOSTA HERNANDEZ **C.C.** 80.242.441 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	$ 5.955.000	2857	2018-09-09	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	$ 1.100.000	$ 241.800	8481137991
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8482710967
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8482710967
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	$ 8.955.000	$ 4.150.000	$ 4.805.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARRROLLANDO 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 E.S.E	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
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.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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 actividades programadasen el cronograma mensual y realizar las observacionespertinentes frente a actividadesque se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.
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.	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tacticas de vacunacion casa-casa, seguimientos, o concentraciones , a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
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.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunacion teniendo en cuenta su obligacion especifica . Formatos externos (anexo 3) (anexo 3.1) (anexo 4) (anexo 5) y formatos internos (consentimiento informado de vacunacion , fichas de seguimeintos , actas, formato lavado de equipos , pre-auditorias,cronogramas, seguimetos entre otros).
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

Jose Acosta Hernandez
Firma del Contratista

C.C. 80.242.441 **de** BOGOTA

P.S 4757 2018

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	

Señor(a): JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ
No. Identificación: CC 80242441
Dirección: CALLE 68 D NO. 1B - 47 SUR
Teléfono: 2003125 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÀ, D.C.
Número de Planilla 8329079866

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	JOSE LIBARDO ACOSTA HERNA
Tipo y Número de Identificación	CC 80242441
Número Planilla	8329079866
Fecha de Pago	8/17/2018
Número de Autorización de Pago	29079866
Banco	1052
Valor Comisión	50

Número de Empleados	1
Período Cotización Salud	Agosto 2018
Período Cotización Pensión	Agosto 2018
Período Cotización Caja	Agosto 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$243.300
Total Interes Mora	$1.500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$19.300	1
231001	Colfondos	$125.700	1
EPS002	Salud Total EPS	$98.300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO 80242441
APELLIDOS Y NOMBRES ACOSTA HERNANDEZ JOSE LIBARDO

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	231001	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

4757

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número Identificación del Aportante / Pin Único: 80242 441

Valor a Pagar $: 243.000

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 83290798666

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes 08

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE ES EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE LA TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CUERPO-ASI V2

Jose Acosta Hernandez
80 242 441

4757

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE 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 4757 2018 **C.D.P. No.:** 2857 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista: JOSE ACOSTA HERNANDEZ **C.C.** 80.242.441 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	$ 5.955.000	2857	2018-08-09	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	$ 1.100.000	$ 241.800	8481137991
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8482710967
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330128748
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330128748
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	$ 8.955.000	$ 5.700.000	$ 3.255.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARRROLLANDO 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:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas
2	2. Apoyar la prestacion 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.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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 actividades programadasen el cronograma mensual y realizar las observacionespertinentes frente a actividadesque se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual
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.	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tacticas de vacunacion casa-casa, seguimientos, o concentraciones , a necesidad o segun cronograma de actividades a realizar
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.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunacion teniendo en cuenta su obligacion especifica . Formatos externos (anexo 3) (anexo 3.1) (anexo 4) (anexo 5) y formatos internos (consentimiento informado de vacunacion , fichas de seguimeintos , actas, formato lavado de equipos , pre-auditorias,cronogramas, seguimetos entre otros).
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

Jose Acosta Hernandez
Firma del Contratista

C.C. 80.242.441 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	

4757

Señor(a): JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ
No. Identificación: CC 80242441
Dirección: CALLE 68 D NO. 1B - 47 SUR
Teléfono: 2003125 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330128748

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	JOSE LIBARDO ACOSTA HERNAI
Tipo y Número de Identificación	CC 80242441
Número Planilla	8330128748
Fecha de Pago	9/19/2018
Número de Autorización de Pago	30128748
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Numero de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$19.100	1
231001	Colfondos	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80242441
APELLIDOS Y NOMBRES ACOSTA HERNANDEZ JOSE LIBARDO

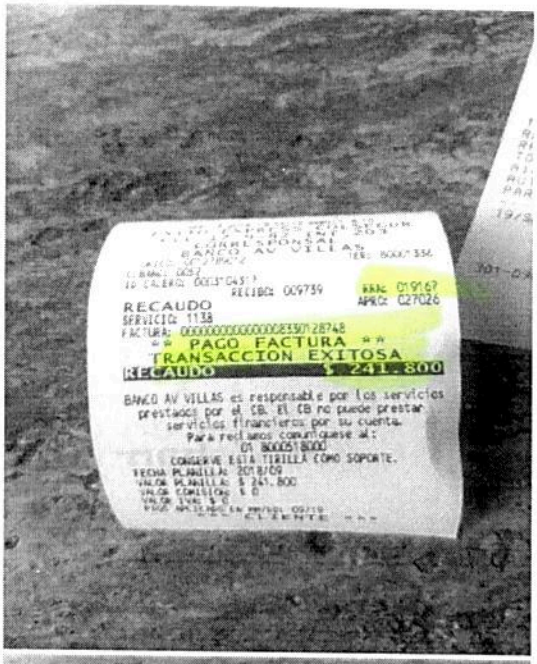
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	231001	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

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

Jose Acosta 80242441



RECAUDO
SERVICIO: 1138
FACTURA: 0000000000000033972874B
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 241.800
BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.



FACTURAS APROBADAS 241 800
Fac.833012874B Aprb:027026 BANCO:0052
CAMBIO 200 000
DISCRIMINACION TARIFAS IVA 8 200
TARIFA COMPRA BASE/IMP IVA
=00% 241800 241800 0
TOTAL= 241800 241800 0
TIQUETE :0301 0010892801
RES DIAN# 110000693366 DEL 09/SEP/2016
RANG AUT.0301 0010876119 al 0019999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890 900 608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444
19/SEP/2018 13:56 0301 01 0374 4317
301-090Y8

Jose Asorce
80242 44

#4757

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 4757 2018	**C.D.P. No.:**	2857	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista:	JOSE ACOSTA HERNANDEZ	**C.C.**	80.242.441	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-09	**Fecha Terminación inicial:**	2018-08-08	**Valor Mensual:**	$ 1.550.000
Valor a cobrar:	$ 1.550.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	$ 5.955.000	2857	2018-08-09	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	$ 1.100.000	$ 241.800	8481137991
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8482710967
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330128748
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330128748
5	NOVIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330808823
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	$ 8.955.000	$ 7.250.000	$ 1.705.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARRROLLANDO 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:** 2018-11-01 **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	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
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.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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 actividades programadasen el cronograma mensual y realizar las observacionespertinentes frente a actividadesque se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.
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.	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tacticas de vacunacion casa-casa, seguimientos, o concentraciones , a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
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.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunacion teniendo en cuenta su obligacion especifica . Formatos externos (anexo 3) (anexo 3.1) (anexo 4) (anexo 5) y formatos internos (consentimiento informado de vacuriacion , fichas de seguimeintos , actas, formato lavado de equipos , pre-auditorias,cronogramas, seguimetos entre otros).
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

Jose Acosta Hernandez
Firma del Contratista

C.C. 80.242.441 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	

4757

compensar | miplanilla.com

Pag. 1 de 1

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ
No. Identificación: CC80242441
Dirección: CALLE 68 D NO. 1B - 47 SUR
Telefono: 2003125
Correo: neo123067@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8330808823

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ
Tipo y número de identificación	CC80242441
Número de planilla	8330808823
Fecha pago	2018-11-14
Número de autorización pago	30808823
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	242100
Total Intereses de Mora	300

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	19200	1
231001	Colfondos	125100	1
EPS002	Salud Total EPS	97800	1

8330808823

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80242441
APELLIDOS Y NOMBRES: JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	231001	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0



Jose Acosta Hernandez
80242441

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

4757

NOV 14 2018 11:06:43 RBMICT 8.11
EXITO USME
CRA 1 65DSUR-58
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0012103453 TER: JAAAK240
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0023945494
RECIBO: 016668 RRN: 033020
RECAUDO APRO: 010353
SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008330808823
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 242.100

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/10
VALOR PLANILLA: $ 242.100
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 11/14
*** CLIENTE ***

8 EXITO USME
YA TE PASASTE A PUNTOS COLOMBIA?

177375 PILA COMPENSAR 242.100
Factura: 8330808823
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 242.100
EFECTIVO 250.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8330808823 Apro:010353 BANCO:0052
CAMBIO 7.900
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	242100	242100	0
TOTAL=	242100	242100	0

TIQUETE :0097 0091109894
RES.DIAN# 18762004637988 DE31/AGO/2017
RANG.AUT.0097 0090989456 al 0099999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8811//202011/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444

14/NOV/2018 11:06 0097 09 0119 5494

097-GM66P



JOSE ACOSTA Hernandez
80242441

4757

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

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

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4757 2018	C.D.P. No.:	2857	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista: JOSE ACOSTA HERNANDEZ C.C. 80.242.441 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación incial: 2018-08-08 Valor Mensual: $ 1.550.000 Valor a cobrar: $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	$ 5.955.000	2857	2018-08-09	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	$ 1.100.000	$ 241.800	8481137991
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8482710967
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330128748
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330128748
5	NOVIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330808823
6	DICIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8331442064
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	$ 8.955.000	$ 8.800.000	$ 155.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARRROLLANDO 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: 2018-12-01 Hasta: 2018-12-31

	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 E.S.E	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
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.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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 actividades programadasen el cronograma mensual y realizar las observacionespertinentes frente a actividadesque se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.
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	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tacticas de vacunacion casa-casa, seguimientos, o concentraciones , a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
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.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunacion teniendo en cuenta su obligacion especifica . Formatos externos (anexo 3) (anexo 3.1) (anexo 4) (anexo 5) y formatos internos (consentimiento informado de vacunacion , fichas de seguimeintos , actas, formato lavado de equipos , pre-auditorias,cronogramas, seguimetos entre otros).
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

Jose Acosta Hernandez
Firma del Contratista

C.C. 80.242.441 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	Aceptado

Señor(a): JOSE LIBARDO ACOSTA HERNANDEZ
No. Identificación: CC 80242441
Dirección: CALLE 68 D NO. 1B - 47 SUR
Teléfono: 2003125 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331442064

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	JOSE LIBARDO ACOSTA HERNAI
Tipo y Número de Identificación	CC 80242441
Número Planilla	8331442064
Fecha de Pago	12/13/2018
Número de Autorización de Pago	31442064
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Noviembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Noviembre 2018
Periodo Cotización Caja	Noviembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$242.300
Total Interes Mora	$500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$19.200	1
231001	Colfondos	$125.200	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80242441
APELLIDOS Y NOMBRES: ACOSTA HERNANDEZ JOSE LIBARDO

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	231001	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 PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO
PLANILLA



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

2 EXITO USME .
YA TE PASASTE A PUNTOS COLOMBIA?

177375 PILA COMPENSAR 242.300
Factura: 8331442064
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 242.300
EFECTIVO 250.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8331442064 Apro:030646 BANCO:0052
CAMBIO 7.700
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	242300	242300	0
TOTAL=	242300	242300	0

TIQUETE :0097 0091118582
RES.DIAN# 18762004637988 DE31/AGO/2017
RANG.AUT.0097 0090989456 al 0099999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8811//202011/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444

12/DIC/2018 17:40 0097 09 0306 8680

097-07QR6

DIC 12 2018 17:40:35 RBMICT 8.11
EXITO USME
CRA 1A 65DSUR-58
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0012103453 TER: 03453033
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0052778680
RECIBO: 002796 RRN: 006325
APRO: 030646
RECAUDO
SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008331442064
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 242.300

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/11
VALOR PLANILLA: $ 242.300
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 12/13
*** CLIENTE ***

Jose Acosta Hernandez
80242441

