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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4817-2018	**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: ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA **C.C.** 53.128.828 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 1.500.000 **Valor a cobrar:** $ 1.100.000

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	$ 1.100.000	$ 241.800	8328368777
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	$ 1.100.000	$ 400.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICO AUXILIAR DE ENEFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-09 **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.	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 de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Recepcion del Cronograma Ubicación del domicilio: El gestor realizará las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geógrafo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas, reportando las realizadas y fallidas. Ejecución de la visita: 6 diarias, Aplicación el instrumento de Identificación de necesidades de atención en acciones de Protección Específica y Detección Temprana (PyD) y evaluación del riesgo (Identificación de alertas -Alta, media y baja) 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 según el caso Entrega diaria de productos, informando y reportando las realizadas y fallidas
3	3. presenytar mensualmente el cronograma de las actividades a desarrollar . Contenidas enel formato de necesidad del personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar apropiacion conceptual de los lineamineto suministrados por Secretraria Distrital Salud Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto
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
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

Se anexa certificacion 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

ANA LORENA FLÓREZ.
Firma del Contratista

C.C. 53.128.828 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOSO CRUZ
CARGO:	LIDER ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

Señor(a): ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA
No. Identificación: CC 53128828
Dirección: CL 68D SUR NO 2A 28
Teléfono: 7643895 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328368777

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	ANA LORENA FLOREZ CASTAÑ
Tipo y Número de Identificación	CC 53128828
Número Planilla	8328368777
Fecha de Pago	7/10/2018
Número de Autorización de Pago	71718118
Banco	1023
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	$242.100
Total Interes Mora	$300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$125.100	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	$97.800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53128828
APELLIDOS Y NOMBRES FLOREZ CASTAÑEDA ANA LORENA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPSC34	25-14	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

PAGADO 71718118

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:71718118

NUM REFERENCIA:000000832838477

NUM IDENTIFICACION:53128028

PERIODO: 2018-07

FECHA EFECTIVA:2018-07-10

VALOR: 242.100

MAR10 JUL 18 10:39:45

191-00573675-096

770606-472519-544621-221260-43

CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR

NGT 13556 CLR 8948158

03165126-181082

4817

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-4817-2018	**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:	ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA			**C.C.**	53.128.828 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-09	**Fecha Terminación incial:**	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	2071	2018-08-09	2018-09-08
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	8328368777
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8329027681
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 DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las originadas 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 lineamiento 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 sesiones 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		Diligenciamiento del cronograma mensualmente 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 Sub red.
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

ANA LORENA FLOREZ
Firma del Contratista

C.C. 53.128.828 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOSO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

Señor(es):	ANA LORENA FLOREZ CASTANEDA
Nit:	CC 53128828
Dirección:	CL 68D SUR NO 2A 28
Teléfono:	7643895 **Fax:**
Ciudad:	BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANA LORENA FLOREZ CA
Tipo y número de identificación	53128828
Número de radicación planilla	8329027681
Fecha de pago	8/13/2018
Número de autorización de pago	5458627
Banco	1023
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	$242.800
Total interes mora	$800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$125.500	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	$98.100	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUSTPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	53128828	FLOREZ CASTAÑEDA ANA LORENA	EPSC34	25-14																				781.242	781.242	0	781.242	0			125.000	0	0	97.700	0

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



PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:05:58627
NUM REFERENCIA:000000832902768 1
NUM IDENTIFICACION:53128828
PERIODO: 2018-08
FECHA EFECTIVA:2018-08-13
VALOR: 242.800
LUN13 AGO 18 14:40:5
225-01731645-043
770912-145339-544621-221260-40
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 13555 CLR 8948522
06138012-449860

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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4817-2018	**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:	ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA			**C.C.**	53.128.828 **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	8328368777
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8329027681
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8329686165
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 DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS 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 linemiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior 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 y lineamientos contenido en el Contrato suscrito con el 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	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidas en el formato de necesidad de personal que hace perte integral del presente contrato	Realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud
4	4. Apoyo a las actividades inherentes al objetivo del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planesde mejoramienteo de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud	Diligenciamiento del cronograma mensualmente 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 Sub red.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componenetes transversales.	Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos d la SDE
6	6. diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intevenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componenete transversal.	Entrega oportuna,completa y ordenada de formato requerido sugun accion integrada
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

ANA LORENA FLOREZ
Firma del Contratista

C.C. 53.128.828 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOSO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

Señor(es): ANA LORENA FLOREZ CASTANEDA
Nit: CC 53128828
Dirección: CL 68D SUR NO 2A 28
Teléfono: 7643895 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANA LORENA FLOREZ CA
Tipo y número de identificación	53128828
Número de radicación planilla	8329686165
Fecha de pago	9/10/2018
Número de autorización de pago	94554348
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número 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
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$125.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	$97.700	1

PAGADO

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: [redacted]

NUM REFERENCIA: [redacted]

NUM IDENTIFICACION: 53128828

PERIODO: 2018-09

FECHA EFECTIVA: 2018-09-07

VALOR: 241.800

VIE 7 SEP 18 17:54:41

250-01913150-207

770199-902140-444627-556260-44

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.

AGT 112097 CLR 8949270

04175703-117648

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

4817

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-4817-2018	**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:	ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA			**C.C.** 53.128.828	**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	2018-08-08	2018-09-07
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	8328368777
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8329027681
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8329686165
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8329686165
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 DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la cuenta)	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 lineamiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior 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 y lineamientos contenido en el Contrato suscrito con el 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	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	4. Apoyo a las actividades inherentes al objetivo del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planesde mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud	Diligenciamiento del cronograma mensualmente 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 Sub red.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componemetes transversales.	Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos d la SDE
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 espacio de vida o componente tranversal.	Entrega oportuna,completa y ordenada de formato requerido segun accion integrada
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

ANA LORENA FLOREZ
Firma del Contratista

C.C. 53.128.828 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOSO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

Pag. 1 de 1

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

Señor(a): ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA
No. Identificación: CC53128828
Dirección: CL 68D SUR NO 2A 28
Telefono: 7643895
Correo: LORENAFLOREZ22@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329686165

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA
Tipo y número de identificación	CC53128828
Número de planilla	8329686165
Fecha pago	2018-09-10
Número de autorización pago	94554348
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cía. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	125000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	97700	1

8329686165

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53128828
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA

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
EPSC34	25-14	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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-4817-2018 **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: ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA **C.C.** 53.128.828 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **Valor Mensua** $ 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	2018-08-08	2018-09-07
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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.100.000	$ 241.800	8328368777
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8329027681
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8329686165
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8329686165
5	NOVIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330482096
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 DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el p **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 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	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 y lineamientos contenido en el Contrato suscrito con el 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
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidas en el formato de necesidad de personal que hace perte integral del presente contrato	Realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud
4	4. Apoyo a las actividades inherentes al objetivo del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planesde mejoramienteo de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud	Diligenciamiento del cronograma mensualmente 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 Sub red.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componenetes transversales.	Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos d la SDE
6	6. diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intevenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componenete transversal.	Entrega oportuna,completa y ordenada de formato requerido sugun accion integrada

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

ANA LORENA FLOREZ
Firma del Contratista

C.C. 53.128.828 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOSO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

Señor(es): ANA LORENA FLOREZ CASTANEDA
Nit: CC 53128828
Dirección: CL 68D SUR NO 2A 28
Teléfono: 7643895 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANA LORENA FLOREZ CA
Tipo y número de identificación	53128828
Número de radicación planilla	8330482096
Fecha de pago	11/13/2018
Número de autorización de pago	66383070
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Octubre 2018
Periodo cotización pensión	Octubre 2018
Periodo cotización caja	Octubre 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$242.800
Total interes mora	$1.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$125.500	1
EPS008	Compensar EPS	$98.100	1

PAGADO 66383070

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nr	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBSIDIO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	53128828	FLOREZ CASTAÑEDA ANA LORENA	EPS008	25-14																				781.242	781.242	0	781.242	0			125.000	0	0	97.700	0

PAGADO 3033070

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:36383070
NUM REFERENCIA:0000008330482096
NUM IDENTIFICACION:53128828
PERIODO: 2018-10
FECHA EFECTIVA:2018-11-10
VALOR: 242.800
SAB10 NOV 18 13:19:43
314-03554480-247
779739-052349-644627-556260-42
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 112097 CLR 52461001
00178208-708759

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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4817-2018	**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: ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA **C.C.** 53.128.828 **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	2018-08-08	2018-09-07
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	8328368777
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8329027681
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8329686165
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8329686165
5	NOVIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8330482096
6	DICIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8331384730
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 DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el period **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 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	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 y lineamientos contenido en el Contrato suscrito con el 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	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidas en el formato de necesidad de personal que hace perte integral del presente contrato	Realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud
4	4. Apoyo a las actividades inherentes al objetivo del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planesde mejoramienteo de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud	Diligenciamiento del cronograma mensualmente 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 Sub red.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componenetes transversales.	Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos d la SDE
6	6. diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intevenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componenete transversal.	Entrega oportuna,completa y ordenada de formato requerido sugun accion integrada

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

ANA LORENA FLOREZ
Firma del Contratista

C.C. 53.128.828 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOSO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

Señor(a): ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA
No. Identificación: CC 53128828
Dirección: CL 68D SUR NO 2A 28
Teléfono: 7643895 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331384730

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	ANA LORENA FLOREZ CASTAÑ
Tipo y Número de Identificación	CC 53128828
Número Planilla	8331384730
Fecha de Pago	12/12/2018
Número de Autorización de Pago	51795318
Banco	1023
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	$242.800
Total interes Mora	$1.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$125.500	1
EPS008	Compensar EPS	$98.100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53128828
APELLIDOS Y NOMBRES FLOREZ CASTAÑEDA ANA LORENA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	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



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:51795318
NUM REFERENCIA:000000831384730
NUM IDENTIFICACION:53128828
PERIODO: 2018-11
FECHA EFECTIVA:2018-12-12
VALOR: 242.800
MIE12 DIC 18 12:58:25
346-00595206-238
779954-050551-244625-557260-49
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 16539 CLR 1023962343
06185558-165426