Centro Oriente E.S.E.

PS 4151

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	PS4151/2018	C.D.P. No :	2049	Proceso al que pertenece:	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES
Nombre del Contratista:	CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO			C.C. :	38.283.111 de: HONDA
Fecha Inicio:	2018-05-15	Fecha Terminación inicial:	2018-06-30	Valor Mensual:	$ 1.200.000 Valor a cobrar: $ 555.000

ADICION/ 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	MAYO	$ 555.000	$ 244.000	33702168?
2	JUNIO	$ 555.000	$ 244.000	33976[illegible]
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
	$ 1.999.500	$ 1.999.500	$ 1.065.000	$ 934.500

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relacion de actividades para el periodo: Desde: [illegible] Hasta: [illegible]

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACUERDO A LAS OBLIGACIONES)
1	REALIZAR 4 ACTIVADES POR HORA ENMARACADAS DENTRO DE LOSPARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDAS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR HORA, CON CALIDAD APLICANDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCION CON ESTANDARES DE ALTA CALIDAD TENIENDO COMO OBJETIVO LA SATISFACCION DEL USUSARIO
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	SE DILIGENCIAN TOTALMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTADO LA INFORMACION Y O SOPORTES QUE SOLICTEN Y QUE CORRESPONDAN AL ADJETO Y O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	ESTAR ATENTO A LA PRESENTACION DE SOPORTES SOLICITADOS POR LOS AUDITORES INTERNOS Y EXTERNOS FACILITANDO LA INFORMACION PERTINENTE Y ASI TENER UNA EXCELENTE RETROALIMENTACION
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	SE DILIGENCIAS TOTALMENTE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN DANDO UNA INFORMACION CLARA Y OPORTUNA
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO PARTICULAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO	SE REPORTAN SITUACIONES QUE ATENTEN CONTRA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS
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 tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 38.283.111 de HONDA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
CARGO:	LIDER SEDES 5
FIRMA	

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:	PS418512918	C.D.P. No.:	2049	Proceso al que pertenece:	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES
Nombre del Contratista:	CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO			C.C.	38.283.111 de: HONDA
Fecha Inicio:	2018-05-15	Fecha Terminación inicial:	2018-06-30	Valor Mensual:	$ 1.2[illegible]	Valor a cobrar:	$ 555.[illegible]

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	NUMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 5[illegible]	$ 244.[illegible]	8327021682
2	JUNIO	$ 555.[illegible]	$ 244.600	8327[illegible]
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
	$ 1.999.500	$ 1.999.500	$ 1.065.000	$ 934.500

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: Desde: [illegible] Hasta: [illegible]

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN)
1	REALIZAR 4 ACTIVADES POR HORA ENMARACADAS DENTRO DE LOSPARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDAS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR HORA, CON CALIDAD APLICANDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCION CON ESTANDARES DE ALTA CALIDAD, TENIENDO COMO OBJETIVO LA SATISFACCION DEL USUSARIO
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	SE DILIGENCIAN TOTALMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO RIPS Y DEMAS REGISTROS DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTADO LA INFORMACION Y O SOPORTES QUE SOLICITEN Y QUE CORRESPONDAN AL OBJETO Y O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	ESTAR ATENTO A LA PRESENTACION DE SOPORTES SOLICITADOS POR LOS AUDITORES INTERNOS Y EXTERNOS FACILITANDO LA INFORMACION PERTINENTE Y ASI TENER UNA EXCELENTE RETROALIMENTACION
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	SE DILIGENCIAS TOTALMENTE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN DANDO UNA INFORMACION CLARA Y OPORTUNA
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICULAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO	SE REPORTAN SITUACIONES QUE ATENTEN CONTRA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS
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 tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

CC 38.283.111 de HONDA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
CARGO:	LIDER SEDES 4
FIRMA	

Señor(a): CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO
No. Identificación: CC 38283111
Dirección: CARRERA 24 H 26 09 SUR
Teléfono: 8009216 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327689959

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

	CARMEN ISABEL SALGUERO NIE
	CC 38283111
	8327689959
	6/20/2018
	60158480
	1023
	$0

	1
	Junio 2018
	Junio 2018
	Junio 2018
	3
	$244 600
	$2 800

14-7	Cia de Seguros Bolivar S A	$19 400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$126 400	1
EPS008	Comoensar EPS	$98 800	1

TIPO DOC	CC
NO DOCUMENTO	38283111
APELLIDOS Y NOMBRES	SALGUERO NIETO CARMEN ISABEL

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	

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.

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:	PS41512018	**C.D.P. No.:**	2049	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES

Nombre del Contratista: CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO **C.C.** 38.283.111 **de:** HONDA

Fecha Inicio: 2018-05-13 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-30 **Valor Mensual:** $ 1.260.000 **Valor a cobrar:** $ 1.080.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.695.500	2283	2018-07-01	2018-08-13
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	MAYO	$ 510.000	$ 244.600	8327021682
2	JUNIO	$ 555.000	$ 244.600	8327689959
3	JULIO	$ 1.080.000	$ 244.600	8328313367
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumeu de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.999.500	$ 4.695.000	$ 2.145.000	$ 2.550.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-09 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	REALIZAR 4 ACTIVADES POR HORA ENMARACADAS DENTRO DE LOSPARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDAS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMDAS POR HORA, CON CALIDAD APLICANDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCION CON ESTANDARES DE ALTA CALIDAD. TENIENDO COMO OBJETIVO LA SATISFACCION DEL USUSARIO.
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIEGENTE	SE DILIGENCIAN TOTALMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS DE AUCERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTADO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICTEN Y QUE CORRESPONDAN AL ABJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	ESTAR ATENTO A LA PRESENTACION DE SOPORTES SOLICITADOS POR LOS AUDITORES INTERNOS Y EXTERNOS FACILITANDO LA INFORMACION PERTINENTE Y ASI TENER UNA EXCELENTE RETROALIMENTACION
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	SE DILIGENCIAS TOTALMENTE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN, DANDO UNA INFORMACION CLARA Y OPORTUNA
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICULAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.	SE REPORTAN SITUACIONES QUE ATENTEN CONTRA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS
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

Carmen Isabel Salguero N.
Firma del Contratista

C.C. 38.283.111 **de** HONDA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
CARGO:	LIDER SEDES 5
FIRMA	

OK APIC
32

72 horas!

JUL 18 2018 19:35:59 REMICT 8.00
EXITO CENTENARIO
CLL 27SUR 26-24
CORRESPONSAL
BANCO DE OCCIDENTE
C.UNICO: 0012789137 TER: 80001310
C.BANC: 0023
ID CAJERO: 0013685491
RECIBO: 025249 RRN: 056597
APRO: 563808
RECAUDO
SERVICIO: 1138
FACTURA: 0000000000000008328313367
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 244.600

BANCO DE OCCIDENTE es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000514652
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/07
VALOR PLANILLA: $ 244.600
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 07/19
*** CLIENTE ***

EXITO CENTENARIO

177375 PILA COMPENSAR 244.600
Factura: 8328313367
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 244.600
EFECTIVO 245.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8328313367 Apro:563808 BANCO:0023
CAMBIO 400
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	244600	244600	0
TOTAL=	244600	244600	0

TIQUETE :0290 0050474254
RES.DIAN# 110000693366 DEL 09/SEP/2016
RANG.AUT.0290 0050210605 al 0059999999
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

18/JUL/2018 19:36 0290 05 0514 5491

290-GC4NW

Señor(a): CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO
No. Identificación: CC 38283111
Dirección: CARRERA 24 H 26 09 SUR
Teléfono: 8009216 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328313367

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	CARMEN ISABEL SALGUERO NIE
Tipo y Número de Identificación	CC 38283111
Número Planilla	8328313367
Fecha de Pago	7/19/2018
Número de Autorización de Pago	77035028
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	$244.600
Total interes Mora	$2.600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$126.400	1
EPS008	Compensar EPS	$98.800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 38283111
APELLIDOS Y NOMBRES SALGUERO NIETO CARMEN ISABEL

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

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:	PS41512018	**C.D.P. No.:**	2049	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES

Nombre del Contratista: CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO **C.C.** 38.283.111 **de:** HONDA

Fecha Inicio: 2018-05-13 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-30 **Valor Mensual:** $ 1.260.000 **Valor a cobrar:** $ 1.320.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.695.500	2283	2018-08-14	2018-09-13
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	MAYO	$ 510.000	$ 244.600	8327021682
2	JUNIO	$ 555.000	$ 244.600	8327689959
3	JULIO	$ 1.080.000	$ 244.600	8328313367
4	AGOSTO	$ 1.320.000	$ 244.000	8328960419
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
$ 1.999.500	$ 4.695.000	$ 3.465.000	$ 1.230.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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	REALIZAR 4 ACTIVADES POR HORA ENMARACADAS DENTRO DE LOSPARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDAS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMDAS POR HORA, CON CALIDAD APLICANDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCION CON ESTANDARES DE ALTA CALIDAD. TENIENDO COMO OBJETIVO LA SATISFACCION DEL USUSARIO.
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIEGENTE	SE DILIGENCIAN TOTALMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS DE AUCERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTADO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICTEN Y QUE CORRESPONDAN AL ABJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	ESTAR ATENTO A LA PRESENTACION DE SOPORTES SOLICITADOS POR LOS AUDITORES INTERNOS Y EXTERNOS FACILITANDO LA INFORMACION PERTINENTE Y ASI TENER UNA EXCELENTE RETROALIMENTACION
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	SE DILIGENCIAS TOTALMENTE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN, DANDO UNA INFORMACION CLARA Y OPORTUNA
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICULAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.	SE REPORTAN SITUACIONES QUE ATENTEN CONTRA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS
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. 38.283.111 **de** HONDA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
CARGO:	LIDER SEDES 5
FIRMA	

Señor(a): CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO
No. Identificación: CC 38283111
Dirección: CARRERA 24 H 26 09 SUR
Teléfono: 8009216 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328960419

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	CARMEN ISABEL SALGUERO NIE
Tipo y Número de Identificación	CC 38283111
Número Planilla	8328960419
Fecha de Pago	8/14/2018
Número de Autorización de Pago	85494166
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	$244.000
Total interes Mora	$2.200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$126.100	1
EPS008	Compensar EPS	$98.600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 38283111
APELLIDOS Y NOMBRES SALGUERO NIETO CARMEN ISABEL

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

1320000 88 horas

AGO 13 2018 20:29:26 RBMICT 8.00
EXITO CENTENARIO
CLL 27SUR 26-24
CORRESPONSAL
BANCO DE OCCIDENTE
C.UNICO: C012789137 TER: 80001310
C.BANC: 0023
ID CAJERO: 0012459470
RECIBO: 031484 RRN: 071485
RECAUDO APRO: 417504
SERVICIO: 1138
FACTURA: 0000000000000008328960419
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 244.000

BANCO DE OCCIDENTE es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000514652
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/08
VALOR PLANILLA: $ 244.000
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 08/14
*** CLIENTE ***

EXITO CENTENAR

177375 PILA COMPENSAR 244.000
Factura: 8328960419
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 244.000
EFECTIVO 250.000
FACTURAS APROBADAS
Fac. 8328960419 Apro:417504 BANCO:0023
CAMBIO 6.000
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	244000	244000	0
TOTAL=	244000	244000	0

TIQUETE :0290 0050482491
RES DIAN# 110000693366 DEL 09/SEP/2016
RANG.AUT.0290 0050210605 al 0059999999
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

13/AGO/2018 20:29 0290 05 0492 9470

0290-7UVIK

415

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:	PS41512018	**C.D.P. No.:**	2049	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES

Nombre del Contratista: CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO **C.C.** 38.283.111 **de:** HONDA

Fecha Inicio: 2018-05-13 **Fecha Terminación inicial:** 2018-06-30 **Valor Mensual:** $ 1.260.000 **Valor a cobrar:** $ 1.005.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.695.500	2283	2018-08-14	2018-09-13
2	$ 3.999.000	3069	2018-09-13	2018-10-13
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	NUMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 510.000	$ 244.600	8327021682
2	JUNIO	$ 555.000	$ 244.600	8327689959
3	JULIO	$ 1.080.000	$ 244.600	8328313367
4	AGOSTO	$ 1.320.000	$ 244.000	8328960419
5	SEPTIEMBRE	$ 1.005.000	$ 241.800	8329631395
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
$ 1.999.500	$ 8.694.000	$ 4.470.000	$ 4.224.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las citadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	REALIZAR 4 ACTIVADES POR HORA ENMARACADAS DENTRO DE LOSPARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDAS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMDAS POR HORA, CON CALIDAD APLICANDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCION CON ESTANDARES DE ALTA CALIDAD, TENIENDO COMO OBJETIVO LA SATISFACCION DEL USUSARIO.
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIEGENTE	SE DILIGENCIAN TOTALMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS DE AUCERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTADO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICTEN Y QUE CORRESPONDAN AL ABJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	ESTAR ATENTO A LA PRESENTACION DE SOPORTES SOLICITADOS POR LOS AUDITORES INTERNOS Y EXTERNOS FACILITANDO LA INFORMACION PERTINENTE Y ASI TENER UNA EXCELENTE RETROALIMENTACION
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	SE DILIGENCIAS TOTALMENTE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN, DANDO UNA INFORMACION CLARA Y OPORTUNA
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICULAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.	SE REPORTAN SITUACIONES QUE ATENTEN CONTRA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS
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. 38.283.111 **de** HONDA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
CARGO:	LIDER SEDES 5
FIRMA	

67 horas

Señor(a): CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO
No. Identificación: CC 38283111
Dirección: CARRERA 24 H 26 09 SUR
Teléfono: 8009216 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8329631395

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	CARMEN ISABEL SALGUERO NIE
Tipo y Número de Identificación	CC 38283111
Número Planilla	8329631395
Fecha de Pago	9/10/2018
Número de Autorización de Pago	94584816
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
EPS008	Comcensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 38283111
APELLIDOS Y NOMBRES SALGUERO NIETO CARMEN ISABEL

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSIÓN	COTIZACION 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

4151

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:	PS41512018	**C.D.P. No.:**	2049	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES

Nombre del Contratista: CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO **C.C.** 38.283.111 **de:** HONDA

Fecha Inicio: 2018-05-13 **Fecha Terminación inicial:** 2018-06-30 **Valor Mensual:** $ 1.260.000 **Valor a cobrar:** $ 1.380.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.695.500	2283	2018-08-14	2018-09-13
2	$ 3.999.000	3069	2018-09-13	2018-10-13
3	$ 1.080.000	3248	2018-10-14	2018-11-13
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	MAYO	$ 510.000	$ 244.600	8327021682
2	JUNIO	$ 555.000	$ 244.600	8327689959
3	JULIO	$ 1.080.000	$ 244.600	8328313367
4	AGOSTO	$ 1.320.000	$ 244.000	8328960419
5	SEPTIEMBRE	$ 1.005.000	$ 241.800	8329631395
6	OCTUBRE	$ 1.380.000	$ 241.800	8330723314
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
$ 1.999.500	$ 9.774.000	$ 5.850.000	$ 3.924.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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 OBLIGACIÓN
1	REALIZAR 4 ACTIVADES POR HORA ENMARACADAS DENTRO DE LOSPARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDAS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMDAS POR HORA, CON CALIDAD APLICANDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCION CON ESTANDARES DE ALTA CALIDAD. TENIENDO COMO OBJETIVO LA SATISFACCION DEL USUSARIO.
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIEGENTE	SE DILIGENCIAN TOTALMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS DE AUCERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTADO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICTEN Y QUE CORRESPONDAN AL ABJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	ESTAR ATENTO A LA PRESENTACION DE SOPORTES SOLICITADOS POR LOS AUDITORES INTERNOS Y EXTERNOS FACILITANDO LA INFORMACION PERTINENTE Y ASI TENER UNA EXCELENTE RETROALIMENTACION
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	SE DILIGENCIAS TOTALMENTE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN, DANDO UNA INFORMACION CLARA Y OPORTUNA
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICULAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.	SE REPORTAN SITUACIONES QUE ATENTEN CONTRA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS
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. 38.283.111 **de** HONDA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
CARGO:	LIDER SEDES 5
FIRMA	

Señor(a): CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO
No. Identificación: CC 38283111
Dirección: CARRERA 24 H 26 09 SUR
Teléfono: 8009216 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330723314

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	CARMEN ISABEL SALGUERO NIE
Tipo y Número de Identificación	CC 38283111
Número Planilla	8330723314
Fecha de Pago	10/25/2018
Número de Autorización de Pago	29544178
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	$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
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 38283111
APELLIDOS Y NOMBRES SALGUERO NIETO CARMEN ISABEL

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

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:	PS41512018	**C.D.P. No.:**	2049	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES

Nombre del Contratista:	CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO	**C.C.**	38.283.111	**de:**	HONDA
Fecha Inicio:	2018-05-13	**Fecha Terminación incial:**	2018-06-30	**Valor Mensual:**	$ 1.260.000
Valor a cobrar:	$ 1.125.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.695.500	2283	2018-08-14	2018-09-13
2	$ 3.999.000	3069	2018-09-13	2018-10-13
3	$ 1.080.000	3248	2018-10-14	2018-11-13
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	MAYO	$ 510.000	$ 244.600	8327021682
2	JUNIO	$ 555.000	$ 244.600	8327689959
3	JULIO	$ 1.080.000	$ 244.600	8328313367
4	AGOSTO	$ 1.320.000	$ 244.000	8328960419
5	SEPTIEMBRE	$ 1.005.000	$ 241.800	8329631395
6	OCTUBRE	$ 1.380.000	$ 241.800	8330723314
7	NOVIEMBRE	$ 1.125.000	$ 241.000	8331335039
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
$ 1.999.500	$ 9.774.000	$ 6.975.000	$ 2.799.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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	REALIZAR 4 ACTIVADES POR HORA ENMARACADAS DENTRO DE LOSPARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDAS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMDAS POR HORA, CON CALIDAD APLICANDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCION CON ESTANDARES DE ALTA CALIDAD. TENIENDO COMO OBJETIVO LA SATISFACCION DEL USUSARIO.
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIEGENTE	SE DILIGENCIAN TOTALMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS DE AUCERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTADO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICTEN Y QUE CORRESPONDAN AL ABJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	ESTAR ATENTO A LA PRESENTACION DE SOPORTES SOLICITADOS POR LOS AUDITORES INTERNOS Y EXTERNOS FACILITANDO LA INFORMACION PERTINENTE Y ASI TENER UNA EXCELENTE RETROALIMENTACION
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	SE DILIGENCIAS TOTALMENTE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN, DANDO UNA INFORMACION CLARA Y OPORTUNA
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICULAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.	SE REPORTAN SITUACIONES QUE ATENTEN CONTRA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS
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. 38.283.111 **de** HONDA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
CARGO:	LIDER SEDES 5
FIRMA	

Señor(es): CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO
Nit: CC 38283111
Dirección: CARRERA 24 H 26 09 SUR
Teléfono: 8009216 **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	CARMEN ISABEL SALGUER
Tipo y número de identificación	38283111
Número de radicación planilla	8331335039
Fecha de pago	11/26/2018
Número de autorización de pago	42145442
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	$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
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

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.

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:	PS41512018	**C.D.P. No.:**	2049	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES

Nombre del Contratista: CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO **C.C.** 38.283.111 **de:** HONDA

Fecha Inicio: 2018-05-13 **Fecha Terminación inicial:** 2018-06-30 **Valor Mensual:** $ 1.260.000 **Valor a cobrar:** $ 1.260.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.695.500	2283	2018-07-01	2018-08-13
2	NA	NA	2018-08-14	2018-09-13
3	$ 780.000	3069	2018-10-14	2018-10-13
4	$ 1.080.000	3248	2018-10-14	2018-11-11
5	NA	NA	2018-11-14	2018-12-15
6	$ 1.275.000	3779	2018-11-29	2018-12-15
7	$ 1.035.000	3989	2018-12-16	2019-01-15
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	MAYO	$ 510.000	$ 244.600	8327021682
2	JUNIO	$ 555.000	$ 244.600	8327689959
3	JULIO	$ 1.080.000	$ 244.600	8328313367
4	AGOSTO	$ 1.320.000	$ 244.000	8328960419
5	SEPTIEMBRE	$ 1.005.000	$ 241.800	8329631395
6	OCTUBRE	$ 1.380.000	$ 241.800	8330723314
7	NOVIEMBRE	$ 1.125.000	$ 241.000	8331335039
8	DICIEMBRE	$ 1.260.000	$ 241.000	8331335039
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
$ 1.999.500	$ 8.865.000	$ 8.235.000	$ 630.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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	REALIZAR 4 ACTIVADES POR HORA ENMARACADAS DENTRO DE LOSPARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDAS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMDAS POR HORA, CON CALIDAD APLICANDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCION CON ESTANDARES DE ALTA CALIDAD, TENIENDO COMO OBJETIVO LA SATISFACCION DEL USUSARIO.
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIEGENTE	SE DILIGENCIAN TOTALMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS DE AUCERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTADO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICTEN Y QUE CORRESPONDAN AL ABJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	ESTAR ATENTO A LA PRESENTACION DE SOPORTES SOLICITADOS POR LOS AUDITORES INTERNOS Y EXTERNOS FACILITANDO LA INFORMACION PERTINENTE Y ASI TENER UNA EXCELENTE RETROALIMENTACION
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	SE DILIGENCIAS TOTALMENTE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN, DANDO UNA INFORMACION CLARA Y OPORTUNA
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICULAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.	SE REPORTAN SITUACIONES QUE ATENTEN CONTRA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS
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. 38.283.111 **de** HONDA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
CARGO:	LIDER SEDES 5
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO
No. Identificación: CC38283111
Dirección: CARRERA 24 H 26 09 SUR
Telefono: 8009216
Correo: n_egraisa@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8331335039

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO
Tipo y número de identificación	CC38283111
Número de planilla	8331335039
Fecha pago	2018-11-26
Número de autorización pago	42145442
Banco	1023

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

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
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 38283111
APELLIDOS Y NOMBRES: CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO

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
EPS008	25-14	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Este documento está clasificado como PRIVADO

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-1A-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS41512018	**C.D.P. No.:**	2049	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES

Nombre del Contratista: CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO **C.C.** 38.283.111 **de:** HONDA

Fecha Inicio: 2018-05-13 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-30 **Valor Mensual:** $ 1.260.000 **Valor a cobrar:** $ 1.260.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.695.500	2283	2018-07-01	2018-08-13
2	NA	NA	2018-08-14	2018-09-13
3	$ 780.000	3069	2018-10-14	2018-10-13
4	$ 1.080.000	3248	2018-10-14	2018-11-11
5	NA	NA	2018-11-14	2018-12-15
6	$ 1.275.000	3779	2018-11-29	2018-12-15
7	$ 1.035.000	3989	2018-12-16	2019-01-13
8	$ 675.000	59	2019-01-14	2019-01-31
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	MAYO	$ 510.000	$ 244.600	8327021682
2	JUNIO	$ 555.000	$ 244.600	8327689959
3	JULIO	$ 1.080.000	$ 244.600	8328313367
4	AGOSTO	$ 1.320.000	$ 244.000	8328960419
5	SEPTIEMBRE	$ 1.005.000	$ 241.800	8329631395
6	OCTUBRE	$ 1.380.000	$ 241.800	8330723314
7	NOVIEMBRE	$ 1.125.000	$ 241.000	8331335039
8	DICIEMBRE	$ 1.260.000	$ 241.000	8331335039
9	ENERO	$ 1.260.000	$ 242.800	8332308985
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
$ 1.999.500	$ 9.540.000	$ 9.495.000	$ 45.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	REALIZAR 4 ACTIVADES POR HORA ENMARACADAS DENTRO DE LOSPARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDAS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMDAS POR HORA, CON CALIDAD APLICANDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCION CON ESTANDARES DE ALTA CALIDAD, TENIENDO COMO OBJETIVO LA SATISFACCION DEL USUSARIO.
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIEGENTE	SE DILIGENCIAN TOTALMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS DE AUCERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTADO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICTEN Y QUE CORRESPONDAN AL ABJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	ESTAR ATENTO A LA PRESENTACION DE SOPORTES SOLICITADOS POR LOS AUDITORES INTERNOS Y EXTERNOS FACILITANDO LA INFORMACION PERTINENTE Y ASI TENER UNA EXCELENTE RETROALIMENTACION
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	SE DILIGENCIAS TOTALMENTE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS PARA ESTE FIN, DANDO UNA INFORMACION CLARA Y OPORTUNA
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICULAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.	SE REPORTAN SITUACIONES QUE ATENTEN CONTRA LA CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS
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. 38.283.111 de HONDA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
CARGO:	LIDER SEDES 5
FIRMA	

Señor(es): CARMEN ISABEL SALGUERO NIETO
Nit: CC 38283111
Dirección: CARRERA 24 H 26 09 SUR
Teléfono: 8009216 **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	CARMEN ISABEL SALGUER
Tipo y número de identificación	38283111
Número de radicación planilla	8332308985
Fecha de pago	1/9/2019
Número de autorización de pago	64173243
Banco	1023
Valor Comisión	$0

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

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

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

ENE 08 2019 19:54:21 REMICT 8.11
EXITO CENTENARIO
CLL 27SUR 26-24
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0012789137 TER: 80001309
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0004159047
RECIBO: 018050 RRN: 039504
APRO: 605754

RECAUDO
SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008332308985
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 242.800

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.
FECHA PLANILLA: 2018/12
VALOR PLANILLA: $ 242.800
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 01/09
*** CLIENTE ***

EXITO CENTENARIO

EXITO CENTENARIO

177375 PILA COMPENSAR 242.800
Factura: 8332308985
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 242.800
EFECTIVO 250.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8332308985 Apro:605754 BANCO:0052
CAMBIO 7.200
DISCRIMINACION TARIFAS IVA
TARIFA COMPRA BASE/IMP. IVA
=00% 242800 242800 0
TOTAL= 242800 242800 0

TIQUETE :0290 0050533605
RES.DIAN# 18762009388363 DE28/AGO/201
RANG.AUT.0290 0050478463 al 0059999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Homecenes Exito S.A. NIT 890.900.509
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 15/NOV/201
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444

08/ENE/2019 19:54 0290 05 0826 9047

0290 - 58Y1A