

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
74828021	08/03/2024				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	N	08/03/2024	75449917	\$50.500	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	20.400	0		0		0	0	0	0	20.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	26.100	0	0	0	0	0	0		26.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	4.000				4.000	0	0	4.000			40	4.000	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	20.400	20.400
Pensión	1	26.100	26.100
Riesgos Laborales	1	4.000	4.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	50.500	50.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026598531	YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO		calle 48 a sur # 26 - 43	3209377584	yjulianas99@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
74828021	08/03/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-02	2024-02	N	08/03/2024	75449917	\$50.500

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC	1026598531	SALGUERO PINTO YEIMY JULIANA	59	0			N																		230301	2.008.458	321.400	0	0	0	0	EPS010	2.008.458	251.100	14-11	2.008.458	3	49.000		0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2024-02	2024-02	I	08/03/2024	74828021	\$571.000	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	230.700	0		0		0	0	0	230.700	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	571.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026598531	YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO		calle 48 a sur # 26 - 43	3209377584	yjulianas99@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-02	2024-02	I	08/03/2024	74828021	\$571.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sujeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1026598531	SALGUERO PINTO YEIMY JULIANA	59	0	N																		230301	1.845.225	295.300	0	0		0	0	EPS010	1.845.225	230.700	14-11	1.845.225	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción



Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

<div>FECHA Y HORA</div> <div>8 marzo 2024 4:10 pm</div>	<div>DIRECCIÓN IP: 181.50.242.223</div>
<div>NÚMERO DE TRANSACCIÓN</div> <div>APII4068322109526183</div>	<div>NÚMERO DE CONFIRMACIÓN</div> <div>6183A13M</div>

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$571.000,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	74828021
FECHA DE LA SOLICITUD	8 marzo 2024
REFERENCIA 1	181.50.242.223
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1026598531
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	503036305
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	5
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****6091

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción



Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA

8 marzo 2024 4:22 pm

DIRECCIÓN IP: 181.50.242.223

NÚMERO DE TRANSACCIÓN

APII4068321577241818

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN

1818DBZV

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$50.500,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	75449917
FECHA DE LA SOLICITUD	8 marzo 2024
REFERENCIA 1	181.50.242.223
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1026598531
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	503068512
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	5
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****6091

YEIMY

peso

Perce

Ver In

17087

MiPla

(1) Wh

Editar

guion

Cuant

Desca

Docum

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.10614928

TraductorNetflixWhatsAppMi planillaConsulte su EPSMAOGoogle MeetPRIMEDisneyDGMi unidad - Google...SIRC > HomeLogin || EACRESULTADOSLABIniciar sesión

Existente

Menú

Administración de contratos

Ver contrato

1Información general

2Condiciones

3Bienes y servicios

4Documentos del Proveedor

5Documentos del contrato

6Información presupuestal

7Ejecución del Contrato

8Modificaciones del Contrato

9Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

PorcentajeRecepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?SiNo

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ CUENTA MAYO CTO 5947-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5947-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA JUNIO CTO 5947-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5947-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA JULIO CTO 5947-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5947-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA AGOSTO CTO 5947 - 2023 .pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5947 - 2023 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5947 - 2023 .pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5947 - 2023 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA OCTUBRE CTO 5947 - 2023 .pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5947 - 2023 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA NOVIEMBRE CTO 5947-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5947-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DICIEMBRE CTO 5947-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5947-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA ENERO CTO 5947-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 5947-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA FEBRERO CTO 5947-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5947-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Buscar

10:22 p. m.

26/03/2024

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-03-01	Hasta:	2024-03-31	
Nombre del Contratista:	YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO		Número de Documento:	1026598531	
Correo Electrónico:	yjulianas99@gmail.com		Número Telefónico:	3209377584	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR GENERAL	Código Grado:	-
DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5947-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS					
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos	
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	\$4688277	92.6%	
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4688277	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS			
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2023-06-01	2023-09-30	1	\$ 16622073	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	\$ 5277446	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	\$ 288317	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	\$ 9439232	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	\$ 6794241	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	\$ 7671726	609

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	\$ 9301341	873
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MAYO		\$ 2782881	
2		JUNIO		\$ 4613064	
3		JULIO		\$ 4989129	
4		AGOSTO		\$ 4638135	
5		SEPTIEMBRE		\$ 4876310	
6		OCTUBRE		\$ 4876310	
7		NOVIEMBRE		\$ 4851239	
8		DICIEMBRE		\$ 4613064	
9		ENERO		\$ 4788561	
10		FEBRERO		\$ 5064342	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 4613064		\$ 60007440		\$ 46093035	\$ 13914405
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Realizar la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	-Se Realiza la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.		-Historias clínicas y plataforma de ingresos mes a mes	
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	- Se Realiza diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.		- Instrumento editado diariamente	
3	3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	-Se entrega al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada		- Mapas con informacion recolectada	
4	4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	-Se hacen recomendaciones de conductas a seguir, que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.		- Historias clínicas y evidencia fotografica	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas.	-Se realizan los soportes documentales de las acciones a el cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas.	- Consentimiento informado, planes de cuidado y ordenes medicas
6	6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	- Se realiza el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	-Historia clinica e intrumento de ingresos
7	7. Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur	- Se realizan las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y	- Historias Clinicas e instrumento de ingresos
8	8. Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural.	- Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural	-.Historias clinicas e instrumento de ingreso
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Se hacen las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	- Historia clinica e instrumentos de ingresos
10	10. Verificar la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente.	-Se realiza en la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente.	- Diligenciamiento de informacion en plataforma sirc e instrumento de ingresos
11	11. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.	-Se realiza con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.	- Historias clinicas, planes de cuidado, agendamiento de citas y ordenes medicas que se realizan

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 5064342	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	74828021	-			
2024	FEBRERO	2024	03	08					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOSPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2025737	\$ 324118	\$ 321400	
Salud					SURA		\$ 253217	\$ 251100	
ARL				3	SURA		\$ 49347	\$ 49000	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 587909	\$ 621500	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24112626091	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO		2024-03-26 22:34:24	
RECHAZADO SUPERVISOR						LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO		2024-03-27 16:07:36	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO		2024-03-29 20:03:10	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO		2024-03-29 20:04:13	
RECHAZADO SUPERVISOR						LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO		2024-03-30 18:26:09	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						YEIMY JULIANA SALGUERO PINTO		2024-03-30 18:33:22	
ACEPTADO SUPERVISIÓN						LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO		2024-03-30 18:41:36	
ACEPTADO CONTRATACIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-03-31 13:19:25	

Viviana Martínez O.

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL