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 CONTRATACIÓN**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 4628 2023 | **C.D.P. No.:** | 626 |
| **Proceso que pertenece:** | GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD | | |
| **Servicio al que pertenece:** | PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC - ENTORNO COMUNITARIO | | |
| **Unidad a la que pertenece:** | SAN JOSE OBRERO | | |
| **Nombre del Contratista:** | MAYBETH CORTINA ROMERO | **C.C.** | 1.143.122.527 de: BARRANQUILLA |
| **Fecha Inicio:** | 2023-03-27 | **Fecha Terminación Inicial:** | 2023-04-26 |
| **Valor Mensual:** | $ 3.998.136 | **Valor a cobrar:** | $ 3.998.136 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.541.361 | 1161 | 2023-04-27 | 2023-05-26 |
| 2 | $ 1.890.423 | 1520 | 2023-05-27 | 2023-06-10 |
| 3 | $ 2.672.667 | 1715 | 2023-06-11 | 2023-08-10 |
| 4 | $ 8.387.394 | 2106 | 2023-08-11 | 2023-09-02 |
| 5 | $ 4.019.865 | 2800 | 2023-09-03 | 2023-10-02 |
| 6 | $ 3.998.136 | 3417 | 2023-10-03 | 2023-11-02 |
| 7 | $ 2.768.754 | 3850 | 2023-11-03 | 2023-12-02 |
| 8 | $ 2.408.882 | 4129 | 2023-12-03 | 2024-02-15 |
| 9 | $ 4.271.921 | 211 | | |
| 10 | $ 3.346.266 | 399 | | |
| 11 | $ 3.998.136 | 489 | 2024-02-16 | 2024-03-15 |
| 12 | $ 5.997.204 | 892 | 2024-03-16 | 2024-04-30 |
| 13 | $ 3.998.136 | 1322 | 2024-05-01 | 2024-05-31 |
| 14 | $ 3.998.136 | 1712 | 2024-06-01 | 2024-06-30 |
| 15 | $ 3.998.136 | 2248 | 2024-07-01 | 2024-07-31 |
| 16 | $ 5.998.204 | 2562 | 2024-08-01 | 2024-09-15 |
| 17 | $ 5.565.082 | 3170 | 2024-09-16 | 2024-10-15 |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ABRIL 2023 | $ 3.998.136 | $ 399.700 | 66874278 | 13/4/2023 |
| 2 | MAYO 2023 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 67691352 | 9/5/2023 |
| 3 | JUNIO 2023 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 68516047 | 9/6/2023 |
| 4 | JULIO 2023 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 69295648 | 12/7/2023 |
| 5 | AGOSTO 2023 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 70031916 | 10/8/2023 |
| 6 | SEPTIEMBRE 2023 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 70814507 | 11/9/2023 |
| 7 | OCTUBRE 2023 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 71601382 | 10/10/2023 |
| 8 | NOVIEMBRE 2023 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 72411563 | 14/11/2023 |
| 9 | DICIEMBRE 2023 | $ 2.438.882 | $ 494.900 | 73259838 | 13/12/2023 |
| 10 | DICIEMBRE 2023 | $ 1.559.254 | $ 494.900 | 73259838 | 13/12/2023 |
| 11 | ENERO 2024 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 74108480 | 22/1/2024 |
| 12 | FEBRERO 2024 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 74801673 | 16/2/2024 |
| 13 | MARZO 2024 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 75752218 | 21/3/2024 |
| 14 | ABRIL 2024 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 76454555 | 19/4/2024 |
| 15 | MAYO 2024 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 77270267 | 23/5/2024 |
| 16 | JUNIO 2024 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 77907263 | 14/6/2024 |
| 17 | JULIO 2024 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 78661741 | 12/7/2024 |
| 18 | AGOSTO 2024 | $ 3.998.136 | $ 494.900 | 79514208 | 16/8/2024 |
| 19 | ADICIONALES AGOSTO 2024 | $ 1.629.675 | $ 494.900 | 79514208 | 16/8/2024 |
| 20 | SEPTIEMBRE 2024 | $ 3.998.136 | $ 696.500 | 80110239 | 9/9/2024 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.736.488 | $ 75.595.191 | $ 73.596.123 | $ 1.999.068 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2024-09-01 **Hasta:** 2024-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. | * Se asistio con puntualidad en las acciones y actividades programadas según cronograma durante el mes de Septiembre.<br>* Se diligenció formato 2 de control de tamizajes , 1B,accesorias en salud sexual y reproductiva (SSR), en la intervencion para la identificacion del riesgo en salud y asi poder brindarle la educacion pertinente al usuariodurante el mes de Septiembre. | * Acta donde se refleja la atencion brindada en cada punto de atencion.<br>*Registro fotogràfico de las acciones desarrolladas en campo.<br>* 50 Formato SISCO 2, control de tamizajes<br>* 5 formatos 1B<br>* 66 Formatos en accesorias en salud sexual y reproductiva ( SSR). |
| 2 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | *Se elaborò el cronograma de acciones para la realización de actividades para el mes de Septiembre. | * Se logra cumplir con cada uno de los puntos propuestos en el cronograma para el mes de Septiembre. |
| 3 | Apoyar la prestación deservicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. | * Se entregaron 50 Formatos 2 e tamizaje para el mes de Septiembre.<br>* Se entregaron 50 Formatos de accesorias en salud sexual y reproductiva (SSR) para el mes de Septiembre.<br>* Se entregaron 5 Formatos 1B para el mes de Septiembre. | * 50 Formatos 2 entrega de resultados de pruebas para ITS.<br>* 50 Formatos Salus Sexual y Reproductiva.<br>* 7 Formatos 1B de registro de entrega de Kits. |
| 4 | Apoyar las actividades inherentès al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | * Se logró la asistencia a la reunión de direcciónamiento llevada a cabo para el mes de Septiembre.<br>* Se logró el incremento de la entrega de jeringas en un 3% para el mes de Septiembre.<br>*Se logró con oportunidad realizar los seguimientos en casos positivos y reactivos evidenciados para el mes de Septiembre. | * Acta de Direccionamiento para el 04 del mes de Septiembre.<br>*Formato 3 de canalización.<br>* Regitros de Formato 1B de entrega de kits de inyección de menos riesgo para el mes de Septiembre. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. | * Se participó en la reunión de socializaicón del lineamiento para la vigencia AGO SEP, liderada por el Profesional de Apoyo. | * Ejecución de actividades direccionadas desde los lineamientos plasmados para la vigencia Agosto- Septiembre. |
| 6 | Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. | * Se participó en la reunión de direccionamiento técnico liderada por el profesional de apoyo para el mes de Septiembre. | * Acta de reunión de direccionamiento. |
| 7 | Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. | * Se diligenciaron los formatos 2 de entrega de resultados,1Bformato de registros entrega de kits,Acesorias en SSR, Formato 3 de canalización para el mes de septiembre .<br>* Se entregaron los formatos generados al profesional de apoyo todos los primeros días hábiles de cada semana de Septiembre.<br>* Se realizaron los ajustes correspondientes que se evidenciaron en el proceso de precrítica realizado por GESI.<br>* Se participó en el proceso de Pre auditoría, revisando las carpetas correspondientes al archivo de productos e Septiembre. | * Se entregaron los siguientes formatos debidamente diligenciados:<br>50 formatos 2: Entrega de resultados para pruebas de ITS.<br>* 50 formaos de asesoria de salud sexual y reproductiva.<br>* 7 formatos 1B de entrega de kits de inyección de menos riesgo.<br>* Formato de entrega de productos de recopilación de información en Terreno por semana en el mes de Septiembre. |
| 8 | Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. | *Se logra remitir al CAPS Samper mendoza para la atencion respectiva de los usuarios con resultado positivo para Sifilis y Recativos para VIH durante el mes de Septiembre. | *Seguimiento en formato 3 de canalizaciones. |
| 9 | Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. | *Se diligencia en formato 2 de entrega de resultados para pruebas ITS con los datos del usuario con resultado pertinente al tamizaje realizado para el mes de Septiembre.<br>*Se realizó el respectivo diligenciamiento de la ficha SIVIGILA para la notificacion de eventos de interes en salud publica para el mes de Septiembre<br>*Se realizó el proceso de escaneo y soporte de correo con el evento de interes en salud publica evidenciado en terreno para el mes de Septiembre<br>*Se logró seguimiento correspondiente del caso detectado como evento de interes en salud publica en formato 3 de canalización para el mes ed Septiembre. | * Formato SIVIGILA<br>* Soporte de Correo<br>* Formato 2 de entrega de resultados.<br>* Seguimiento Respectivo en Formato 3 de canalización. |
| 10 | Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. | *Se logró la participación de la reunión direccionamiento convocada y dirigida por el profesional de apoyo en salud para el día 05/09/2024. | * Formato Acta para el día 05/09/2024. |
| 11 | Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. | * Se logró la organización de la documentacion de archivo generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retencion documental con el paso a paso de:<br>Identificacion del producto a organizar<br>* Clasificacion de cajas por localidad y año año.<br>* Foliacion de cada uno de los documentos organizados. | * Carpetas y cajas organizadas por localidad y año. |
| 12 | Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | * Se logró la interacion con la poblacion PID, realizando una jornada de participación colectiva para el dia 14 Septiembre,donde se hizo entrega de ropa y alimento saludable. | * Acta de la sesion colectiva<br>* Registro fotografico |

Observaciones: OK Actas Por Actas 1

**Nota:** Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Yaribeth Cortina Lozano.

**Firma del Contratista**

C.C. 1.143.122.527 de BARRANQUILLA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA | |
| **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | |
| **FIRMA:** | | |
| **REVISADO POR:** | CLAUDIA IRENE SEGURA VERA | |

Cuenta de cobro del 011- 2024

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

MAYBETH CORTINA ROMERO
C.C. 1.143.122.527 DE BARRANQUILLA

**LA SUMA DE:**

TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SIENTO TREINTA Y SEIS PESOS
($3.998.136)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS 4628 2023** Correspondiente a 01 al 30 de SEPTIEMBRE 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Maibeth Cortina Romero

MAYBETH CORTINA ROMERO
C.C. 1.143.122.527 DE BARRANQUILLA
Teléfono: 3135644718
Dirección: CL 13 SUR #24 H 78
Correo electrónico: Cortinamay@gmail.com
Cuenta de ahorros No: 0550488408187888 AHORROS / BANCO DAVIVIENDA

Fecha: 30/09/2024

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1143122527 | MAYBETH CORTINA ROMERO | Cra 90A NO. 8-10 Torre 5 Apto 319 | 4630784 | cortinamay@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 09/09/2024 | 80110239 | $698.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 281.400 | 0 | | 0 | | 0 | 3 | 700 | 0 | 282.100 | 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 | 360.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 800 | 0 | 361.000 | 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 | 54.900 | | | | 54.900 | 3 | 200 | 55.100 | | | 549 | 55.100 | 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 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 3 | 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 | 281.400 | 282.100 |
| Pensión | 1 | 360.200 | 361.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 54.900 | 55.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 696.500 | 698.200 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1143122527 | MAYBETH CORTINA ROMERO | Cra 90A NO. 8-10 Torre 5 Apto 319 | 4630784 | cortinamay@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 09/09/2024 | 80110239 | $698.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1143122527 | CORTINA ROMERO MAYBETH | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.251.124 | 360.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.251.124 | 281.400 | 14-11 | 2.251.124 | 3 | 54.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

DAVIVIENDA

## Pago PSE

### Resultado de su transacción

**Código único CUS**
898438553

**Destino de pago**
COMPENSAR-OI

**Motivo**
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**
07/09/2024

**Número de aprobación**
00438553

**Dirección IP**
181.61.206.138

**Valor transacción**
$ 698.200,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.0.66.31 | CC | 1143122527 |

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017