Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

HUGO JEOVANNY MORALES TORRES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**79.622.053**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 667227-2024"APH"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4735 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**8/28/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.682.546**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (01) MES Y TRES (03) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 7.779.082**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.163.360**
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	40573	**Nº CDP:**	3008
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y ONCE (11) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.175.980**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43452	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 2.920.536**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47164	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	ENTREGAR TURNO DE MANERA PRESENCIAL EN LA BASE PRIMARIA DE LA UNIDAD MÓVIL
2	EFECTUAR LOS RESPECTIVOS PREOPERACIONALES AL RECIBIR TURNO Y ENTREGAR TURNO EN LA PLATAFORMA NEXUS
3	ENTREGAR NOVEDADES DEL TURNO REALIZADO DE FORMA PRESENCIAL
4	ENTREGAR LA UNIDAD MÓVIL LIMPIA Y ORDENADA AL COMPAÑERO EN LA BASE PRINCIPAL
5	ENTREGAR LA UNIDAD MÓVIL TANQUEADA Y EN BUENAS CONDICIONES AL FINALIZAR EL TURNO DE NOCHE
6	COLABORAR CON EL CUIDADO DEL PACIENTE EN EL ENCAMILLADO Y EN EL DESPLAZAMIENTO HACIA LA INSTITUCIÓN
7	REALIZAR LOS DESPLAZAMIENTOS DERIVADOS DE VALORACIONES Y TRASLADOS ESTABLECIDOS POR EL MÉDICO REGULADOR DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE
8	MANTENER LA AMBULANCIA EN LAS CONDICIONES DE ASEO FUNCIONAMIENTO PRESENTACIÓN Y CONSERVACIÓN ÓPTIMAS PARA EL TRASLADO Y VALORACIÓN DEL PACIENTE

9	CUMPLIR CON EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA REGISTRADO TODO TIPO DE NOVEDADES Y NECESIDADES ADMINISTRATIVAS O ASISTENCIALES PARA GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA UNIDAD MÓVIL
10	SALVAGUARDAR CADA UNO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS ASIGNADOS EN LA UNIDAD MÓVIL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIO
11	CUMPLIR CON EL PORTE DE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y EL BUEN USO DEL UNIFORME DE DOTACIÓN
12	PORTAR DE MANERA DECOROSA LAS PRENDAS INSTITUCIONALES ACORDE A LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE IMAGEN DEL CRUEL JUNTO CON EL CARNET QUE LO ACREDITA COMO CONTRATISTA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE
13	DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTIPULADO Y CONTEMPLADO EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD
14	VELAR POR LA OPORTUNIDAD DE PERTINENCIA CONTINUIDAD SEGURIDAD RACIONALIZACIÓN Y RESOLUTIVA EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
15	REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD
16	ADOPTAR LOS PROCESOS PROCEDIMIENTOS GUÍAS INSTRUCTIVOS FORMATOS DE PROTOCOLO QUE SE REQUIERA PARA ACABAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES
17	TRATO DIGNO Y HUMANIZADO TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL
18	ATENDER LAS INDICACIONES DEL LÍDER DE LA TRIPULACIÓN MÉDICO EN LAS UNIDADES MÓVILES DE MEDIANA COMPLEJIDAD Y EN LA DE BAJA COMPLEJIDAD AL MÉDICO REGULADOR QUIEN DEFINE EN CADA CASO LAS INSTRUCCIONES EN EL PROCESO DE LA ATENCIÓN PARA OBTENER EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ASIGNADAS PARA EL PROGRAMA
19	REALIZAR EL ADECUADO REPORTE DE NOVEDADES E INCIDENTES PRESENTADOS DURANTE LA OPERACIÓN DE LAS MÓVILES ADSCRITAS AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA SIEMPRE POR MEDIO DEL EQUIPO DE RADIO COMUNICACIONES A LA CENTRAL Y POR MEDIO DE CELULARES Y APLICATIVOS AL PROFESIONAL DE ENLACE ASIGNADO
20	ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE O LA INSTITUCIÓN

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1068120579**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**19/11/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**19/11/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:			
OTRO	**MORA**	**19/11/2024**	**$ 1.100**
	TOTAL PAGADO		**$ 371.600**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por cesión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
CC. 79622053
CEL: 3115943539

Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES	**CC:**	79622053
		RUT (NIT):	79622053-7
CORREO ELECTRÓNICO:	giovas973@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3115943539
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 11 67A 88 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**488401311938**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4735 2024**	**Nº CDP:**	**5765**	**Nº. RP:**	**47164**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES 11 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**8/28/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**12/8/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 7.779.082**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**2.163.360**
	DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS					

HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
C/C 79622053
cel: 3115943539

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**HUGO JEOVANNY MORALES TORRES**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.622.053**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. CONVENIO 6677277-2024"APH"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4735 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**8/28/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				2.682.566,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.779.082,00			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.163.360,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(4 de 4)	**Nº CRP INICIAL:**	40573	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y ONCE (11) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068120579	**OPERADOR:**	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 2.175.980	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**RP DE LA ADICIÓN:**	43452	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.920.536	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**RP DE LA ADICIÓN:**	47164	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/11/2024) AL (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARITZA CARDENAS PALOMINO
PERFIL: ENFERMERA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-19, 12:29:45 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068120579

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024

PAGADO 19/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES		
Documento	CC79622053	**Dirección**	CR 11 #67 A - 66 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115943539
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79622053	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES	03	00																0		30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,000	$ 0	$ 0	(NN CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500	$ 1.100	$ 371.600

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

11:35 29 %

PSE Transacción Aprobada - CUS 1061408127

serviciopse@achcolom... 11:34 a. m.
Para Tú



¡Hola, Hugo jeovanny morales torres!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1061408127
Empresa: SIMPLE OI
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: $ 371.600
Fecha de Transaccion: 19/11/2024

Ten en cuenta estas tips de seguridad

Responder