Sep-

392

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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6139 2020	**C.D.P. No.:**	3082	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA -
Nombre del Contratista:	JOHANNA ALEXANDRA CORTES RAMIREZ			**C.C.** 52.887.125	**de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-09-25	**Fecha Terminación incial:**	2020-10-31	**Valor Mensual:** $ 4.668.657	**Valor a cobrar:** $ 938.806

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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 938.806	$ 0	ANEXO CERTIFICADOS
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 6.069.227	$ 6.069.227	$ 938.806	$ 5.130.421

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-09-25 **Hasta:** 2020-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollo actividades correspondientes en el proceso de IEC Casos COVID 19 en la línea 213. Participación de la inducción al área de vigilancia en salud pública - transmisibles.	Dilengenciamiento IEC Covid, en aplicativos. Firmar asitencia a reunion .
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Soporte de actividades en las plataformas asignadas para le cargue de la información de los casos asignados los dias 25, 26, 28, 29 y 30 de septiembre.	IEC Diligenciada En La Ficha Investigación Caso Sospechoso O Positivo Covid 19 - Efectiva - Subred Centro Oriente. 2. Registro De Contactos En El Aplicativo SURESOC.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Elaboración y ajuste del cronograma del mes de septiembre y realización del cronograma del mes de octubre.	Cronograma diligenciado
4	Apoyar las actividades inherentes 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.	Elaboración, verificación y desarrollo de actividades correspondientes en el proceso de IEC de Casos COVID 19 en la linea 213. 1. presentacion de soportes de IEC de los casos COVID 19. 2. presentacion de soportes diarios de actividades.	Cargue de informacion en aplicativos. Solicitud de informacion de los casosque no se lograron contactar telefonicamnete.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	No se han requerido visitas de campo.	NA
6	Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Asistencia a las reuniones de equipo según cronograma mensual. Entrega de cuentas de cobro, cronogramas de actividades e informacion solicitada en las fechas establecidas.	Diligenciamiento de los listados de asistencia. Asistencia a la USS Bello Horizonte para entrega de productos.

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

Johanna Cortes

Firma del Contratista

C.C. 52.887.125 **de** Neiva

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRÍGUEZ GALINDO
CARGO:	LIDER TRASMISIBLES
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CORTES RAMIREZ JOHANNA ALEXANDRA** identificado(a) con **CC** número **52.887.125** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de marzo de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de octubre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20201013095223

ARL | sura

Medellín, 13 de octubre de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que JOHANNA ALEXANDRA CORTES RAMIREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52887125 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 23/09/2020 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C528871252028733888

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/10/2020 9.24 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA

A QUIEN INTERESE

Nos permitimos certificar que JOHANNA ALEXANDRA CORTES RAMIREZ ,
Identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 52,887,125 es cliente de nuestra sucursal desde el pasado 09 DE JUNIO DE 2015 y se encuentra vinculado a través de la cuenta DE AHORROS No. 046 143152 , la cual se encuentra vigente y hasta la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide el 09 DE JUNIO DE 2015 , con validez para el territorio Colombiano.

Atentamente,

SUCURSAL LAS FERIAS

Sucursal LAS FERIAS
BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA"

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JOHANNA ALEXANDRA CORTES RAMIREZ identificado(a) con cedula ciudadania 52.887.125, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20140220	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Octubre de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
14446184

CER-AFI

VIGILADO SUPERSALUD
VIGILADO SuperSubsidio

OCT.

393

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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6139 2020	**C.D.P. No.:**	3082	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA -

Nombre del Contratista:	JOHANNA ALEXANDRA CORTES RAMIREZ	**C.C.**	52.887.125	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-09-25	**Fecha Terminación incial:**	2020-10-31	**Valor Mensual:**	$ 4.668.657

Valor a cobrar: $ 4.668.657

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				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 938.806	$ 0	ANEXO CERTIFICADOS
2	OCTUBRE	$ 4.668.657	$ 1.050.300	45967437
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.069.227	$ 6.069.227	$ 5.607.463	$ 461.764

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollo actividades correspondientes en el proceso de IEC Casos COVID 19 en la línea 213.	Dilengenciamiento IEC Covid, en aplicativos. Firmar asitencia a reunion .
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Soporte de actividades en las plataformas asignadas para le cargue de la información de los casos asignados.	IEC Diligenciada En La Ficha Investigación Caso Sospechoso O Positivo Covid 19 - Efectiva - Subred Centro Oriente. 2. Registro De Contactos En El Aplicativo SURESOC
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Elaboración y ajuste del cronograma del mes de octubre.	Cronograma diligenciado
4	Apoyar las actividades inherentes 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.	Elaboración, verificación y desarrollo de actividades correspondientes en el proceso de IEC de Casos COVID 19 en la línea 213. 1. presentacion de soportes de IEC de los casos COVID 19. 2. presentacion de soportes diarios de actividades.	Cargue de informacion en aplicativos. Solicitud de informacion de los casosque no se lograron contactar telefonicamnete.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	No se han requerido visitas de campo.	NA
6	Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Asistencia a las reuniones de equipo según cronograma mensual. Entrega de cuentas de cobro, cronogramas de actividades e informacion solicitada en las fechas establecidas.	Diligenciamiento de los listados de asistencia. Asistencia a la USS Bello Horizonte para entrega de productos.

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

JOHANNA CORTES

Firma del Contratista

C.C. 52.887.125 **de** Neiva

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRÍGUEZ GALINDO
CARGO:	LIDER TÉCNICO TRASMISIBLES
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

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	52887125	JOHANNA ALEXANDRA CORTES RAMIREZ	CL 44 BIS 78F 45 SUR	4538122	JOHALEXCORTES@HOTMAIL.COM	
ORMA ENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	13/10/2020	45967437	$1.050.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
o 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					
008	Compensar EPS	860066942-7	398.600	0		0		0	0	0	0	398.600	1

TOTALES PENSIÓN												
o 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
201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	510.200	0	0	0	0	0	0		510.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
o ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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										
-11	ARL SURA	890903790-5	77.700				77.700	0	0	77.700			777	77.700	1

TOTALES CAJAS						
ligo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CF24	Compensar Caja	860066942-7	63.800	0	0	63.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
or 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	398.600	398.600
Pensión	1	510.200	510.200
Riesgos Laborales	1	77.700	77.700
CCF	1	63.800	63.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.050.300	1.050.300

PAGADA 45967437

Firmado con PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

BBVA

Titular : JOHANNA ALEXANDRA CORTES

Estimado(a) cliente:

El siguiente es el resumen de su operación

Fecha de la operación	**10/10/2020**	**Hora de la operación**	**10:52 AM**
Valor del pago	**1050300**	**CUS**	**768106006**
Referencia 1	**181.53.13.120**	**Estado Operación**	**Operación exitosa**

Cordial saludo,
BBVA Adelante

Nota: Si no eres el destinatario de este mensaje, por favor comunícate con nosotros con el fin de realizar la actualización correspondiente, al 4010000 en Bogotá, 4938300 en Medellín, 3503500 en Barranquilla, 8892020 en Cali, 6304000 en Bucaramanga o al 01800 912227 desde el resto del país.

********** AVISO LEGAL **********
Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener informacion confidencial o legalmente protegida. No hay renuncia a la confidencialidad o privilegio por cualquier transmision mala/erronea. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje asi como todas sus copias, destruya todas las copias del mismo de su disco duro y notifique al remitente. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Cualquier opinion expresada en este mensaje proviene del remitente, excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de BBVA. Notese que el correo electronico via Internet no permite asegurar ni la confidencialidad de los mensajes que se transmiten ni la correcta recepcion de los mismos. En el caso de que el destinatario de este mensaje no consintiera la utilizacion del correo electronico via Internet, rogamos lo ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.

********** DISCLAIMER **********
This message is intended exclusively for the named person. It may contain confidential, propietary or legally privileged information. No confidentiality or privilege is waived or lost by any mistransmission. If you receive this message in error, please immediately delete it and all copies of it from your system, destroy any hard copies of it and notify the sender. Your must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print, or copy any part of this message if you are not the intended recipient. Any views expressed in this message are those of the individual sender, except where the message states otherwise and the sender is authorised to state them to be the views of BBVA. Please note that internet e-mail neither guarantees the confidentiality nor the proper receipt of the message sent. If the addressee of this message does not consent to the use of internet e-mail, please communicate it to us immediately.

****