Cuenta de cobro 005 - 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ANGIE LORENA MORENO MEDINA
C.C. 1023018104 de BOGOTA

172 horas

LA SUMA DE:
DOS MILLONES CATORCE MIL CERO SETENTA Y OCHO PESOS ($ 2.014.078)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5969 de 2021 correspondiente del 3 al 30 de Mayo del 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTIÓN 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,

ANGIE LORENA MORENO M.
NOMBRE CONTRATISTA
C.C. 1023018104
Teléfono: 3209415620 Dirección: Calle75 C BIS SUR # -29 ESTE
No Cuenta 24083322662 ahorros Banco caja

social

Fecha: 31/MAYO/2021

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

o. CONTRATO - OPS:	PS 5969 2021	**C.D.P. No.:**	1230	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL
ombre del Contratista:	ANGIE LORENA MORENO MEDINA			**C.C.**	1.023.018.104 BOGOTA
echa Inicio:	2021-04-29	**Fecha Terminación incial:**	2021-05-14	**Valor Mensual:**	$ 2.232.472 **Valor a cobrar:** $ 2.014.078

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.421.506	1535	2021-05-15	2021-06-30
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	MAYO	$ 2.014.078		
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
$ 1.190.652	$ 4.612.158	$ 2.014.078	$ 2.598.080

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

OBJETO DEL CONTRATO

RESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE ERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

elación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-05-03 **Hasta:** 2021-05-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades del plan de intervenciones colectivas en el distrito capital.	IDENTIFICAR CASOS SOSPECHOSOS PROBABLES EN POBLACION SUCEPTIBLE A COVID 19	DILIGENCIAMIENTO DE FICHA DE NOTIFICACION 346
	Apoyar la prestacion de servicios en el plan de intervenciones colectivas, prestando la informacion y/o soportes que soliciten y que corresponde a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero- SDS	IDENTIFICAR CASOS SOSPECHOSOS PROBABLES EN POBLACION SUCEPTIBLE A COVID 19	DILIGENCIAMIENTO DE FICHA DE NOTIFICACION 346
	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	ACTUALIZACIÓN DEL CRONOGRAMA	PRESENTAR EL CRONOGRAMA DEL MES CORRESPONDIENTE
	Apoyar las actividades inherentes a lo objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	REALIZAR LAS ACTIVIDADES ACORDE AL ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL	MUESTREO COVID 19
	Realizar apropiacion conceptual desde su perfil tecnico y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero SDS.	LECTURA DE APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS	ENTREGA DE ACTA EN FISICO
	Realizar acciones, asesorias integrales y tecnicas extramurales e intramurales a la poblacion asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil tecnico, y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero SDS.	REALIZAR APOYO EN FICHA SIVIGILA 346, ESCANER Y ENCUESTAS	DESCARGA DE PDF EN EL DRIVE Y DILIGENCIAMIENTO TOTAL DE LAS EN CUENTAS EN MAGNÉTICO
	Realizar acciones de promocion y prevencion de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil tecnico y conforme a los anexos y lineamientos.	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR PARÁ DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO COVID 19	BRINDAR EDUCACIÓN EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
	Realizar acciones, asesorias integrales y tecnicas extramurales e intramurales desde su perfil tecnico, en los diferentes entornos de vida cotidiana y procesos trasversales, en instituciones o entidades asignadas(hogares, instituciones educativas , de proteccion, IPS-UPGDS, establecimientos comerciales formales, unidades de trabajo informal, en el espacio publico, etc), conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero -SDS.	ASISTENCIA TÉCNICA COMBOCADA POR EL REFERENTE LÍDER ENTORNO HOGAR	FIRMA ACTA DE ASISTENCIA
	Desarrollar procesos de asistencia tecnica a los diferentes procesos del plan de intervenciones colectivas conforme a su saber disciplinar y tecnico en funcion de los requerimientos de los equipos territoriales.	ASISTENCIA TÉCNICA COMBOCADA POR EL REFERENTE LÍDER ENTORNO HOGAR	FIRMA ACTA DE ASISTENCIA
0	Activar y notificar los eventos de interes e salud publica detectados en cada una de sus intervenciones.	IDENTIFICACIÓN PARÁ CASOS SOSPECHOSOS PARÁ COVID 19	DILIGENCIAMIENTO FORMATO PRAS
1	Presentar y responder dentro de los plazos establecidos por los productos, metas o actividades asignadas, con calidad de datos(integridad, oportunidad,consistencias, exactitud) y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero SDS	REALIZAR LAS ACTIVIDADES POR LINEAMIENTOS	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA LÍDER DEL ENTORNO
12	Responder por el diligenciamiento de los formatos que se generen,en el cumplimiento de sus acciones, con calidad de los datos(integridad, oportunidad, consistencias , exactitud) y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero SDS	REALIZAR DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR EL PRODUCTO MUESTREO COVID 19	FICHA NOTIFICACION 346, ESCANER, ENCUESTAS Y CONSENTIMIENTOS

Cuenta de cobro 005 - 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ANGIE LORENA MORENO MEDINA
C.C. 1023018104 de BOGOTA

LA SUMA DE:
DOS MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL OCHICIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS ($2.086.876)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5969 de 2021 correspondiente del 3 al 30 de Mayo del 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTIÓN 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,

ANGIE MORENO

NOMBRE CONTRATISTA
C.C. 1.023.018.104 DE BOGOTA
Teléfono: 3209415620 Dirección: Calle75 C BIS SUR # -29 ESTE
No Cuenta 24083322662 ahorros Banco caja

social

Fecha: 31/MAYO/2021

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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-AA-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1069 2021	**C.D.P. No.:**	1230	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL
Nombre del Contratista:	ANGIE LORENA MORENO MEDINA			**C.C.**	1.023.018.104 BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-04-29	**Fecha Terminacion inicial:**	2021-05-14	**Valor Mensual:**	$ 2.232.472 **Valor a cobrar:** $ 2.086.876

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.421.506	1536	2021-05-15	2021-06-30
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	NUMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 2.086.876		
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
	$ 1.190.852	$ 4.612.158	$ 2.086.876	$ 2.525.282

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO DE APOYO A LA GESTION 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.

Relacion de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-05-03 **Hasta:** 2021-05-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las relacionadas 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 del plan de intervenciones colectivas en el distrito capital.	IDENTIFICAR CASOS SOSPECHOSOS PROBABLES EN POBLACION SUCEPTIBLE A COVID 19	DILIGENCIAMIENTO DE FICHA DE NOTIFICACION 346
2	Apoyar la prestacion de servicios en el plan de intervenciones colectivas, prestando la informacion y/o soportes que soliciten y que corresponde a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero- SDS.	IDENTIFICAR CASOS SOSPECHOSOS PROBABLES EN POBLACION SUCEPTIBLE A COVID 19	DILIGENCIAMIENTO DE FICHA DE NOTIFICACION 346
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	ACTUALIZACIÓN DEL CRONOGRAMA	PRESENTAR EL CRONOGRAMA DEL MES CORRESPONDIENTE
4	Apoyar las actividades inherentes a lo objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	REALIZAR LAS ACTIVIDADES ACORDE AL ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL	MUESTREO COVID 19
5	Realizar apropiacion conceptual desde su perfil tecnico y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero SDS.	LECTURA DE APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS	ENTREGA DE ACTA EN FISICO
6	Realizar acciones, asesorias integrales y tecnicas extramurales e intramurales a la poblacion asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil tecnico, y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero SDS.	REALIZAR APOYO EN FICHA SIVIGILA 346, ESCANER Y ENCUESTAS	DESCARGA DE PDF EN EL DRIVE Y DILIGENCIAMIENTO TOTAL DE LAS EN CUENTAS EN MAGNÉTICO
7	Realizar acciones de promocion y prevencion de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil tecnico y conforme a los anexos y lineamientos.	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO COVID 19	BRINDAR EDUCACIÓN EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
8	Realizar acciones, asesorias integrales y tecnicas extramurales e intramurales desde su perfil tecnico, en los diferentes entornos de vida cotidiana y procesos trasversales, en instituciones o entidades asignadas(hogares, instituciones educativas , de proteccion, IPS- UPGDS, establecimientos comerciales formales, unidades de trabajo informal, en el espacio publico, etc), conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero -SDS.	ASISTENCIA TÉCNICA COMBOCADA POR EL REFERENTE LÍDER ENTORNO HOGAR	FIRMA ACTA DE ASISTENCIA
9	Desarrollar procesos de asistencia tecnica a los diferentes procesos del plan de intervenciones colectivas conforme a su saber disciplinar y tecnico en funcion de los requerimientos de los equipos territoriales.	ASISTENCIA TÉCNICA COMBOCADA POR EL REFERENTE LÍDER ENTORNO HOGAR	FIRMA ACTA DE ASISTENCIA
10	Activar y notificar los eventos de interes e salud publica detectados en cada una de sus intervenciones.	IDENTIFICACIÓN PARÁ CASOS SOSPECHOSOS PARÁ COVID 19	DILIGENCIAMIENTO FORMATO PRIAS
11	Presentar y responder dentro de los plazos establecidos por los productos, metas o actividades asignadas, con calidad de datos(integridad, oportunidad,consistencian, exactitud) y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero SDS	REALIZAR LAS ACTIVIDADES POR LINEAMIENTOS	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA LIDER DEL ENTORNO
12	Responder por el diligenciamiento de los formatos que se generen,en el cumplimiento de sus acciones, con calidad de los datos(integridad, oportunidad, consistencian , exactitud) y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero SDS	REALIZAR DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR EL PRODUCTO MUESTREO COVID 19	FICHA NOTIFICACION 346, ESCANER, ENCUESTAS Y CONSENTIMIENTOS
13	Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada espacio y/o proceso trasversal del PSPIC.	REALIZAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS	EDUCAR, INFORMAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE PRUEBA COVID 19
14	Participar en la planeacion de su competencia de acuerdo al proceso asignado y conforme a las actividades, metas y productos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero - SDS	SE DESARROLLA EN EL PLAN DE ACCIONES MENSUAL, ACORDE A LAS NECESIDADES QUE SE DETECTA EN LAS ZONAS DE ALTA TRASMIBILIDAD	SOPORTE MEDIO MAGNÉTICO DEL PLAN ACCIÓN
15	Participar en las asistencias tecnicas convocadas.	PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS PROGRAMADAS POR SDS O EL ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL CON FINALIDAD DE BRINDAR ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS	LISTADOS DE ASISTENCIA
16	Realizar el listamiento y presentacion de los soportes para las auditorias externas que se generen durante y despues de la ejecucion de las actividades del plan de intervenciones colectivas.	REALIZAR ALISTAMIENTO DE LOS SOPORTES PARÁ AUDITORÍAS EXTERNAS QUE SE GENEREN DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD	SOPORTES DE CONCURRENTE DE PRODUCTOS DE CALIDAD
17	Responder oportunamente por la informacion requeridos por las diferentes intervenciones de salud publica y SDS.	RESPONDER POR LAS INFORMACIÓN Y ACTIVIDADES CON CALIDAD, OPORTUNIDAD Y CUMPLIMIENTO	PREAUDITORIA, CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
18	Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas.	RESPONDER POR LAS INFORMACIÓN Y ACTIVIDADES CON CALIDAD, OPORTUNIDAD Y CUMPLIMIENTO	PREAUDITORIA, CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
19	Participar en las reuniones y eventos los cuales sean asignados por la subred presentar los informes que sean requeridos.	RESPONDER POR LAS INFORMACIÓN Y ACTIVIDADES CON CALIDAD, OPORTUNIDAD Y CUMPLIMIENTO	ACTAS DE ASISTENCIAS
20	Responder por el archivo de la documentacion generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retencion documental.	RESPONDER POR EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS Y EN CUENTAS DEL PRODUCTO	DILIGENCIAMIENTO TOTAL DE EN CUENTAS MAGNÉTICAS Y CARGA OPORTUNA DE LOS ESCANER
21	Realizar las demas obligaciones asignadas por el supervisor del contrato.	APOYAR LAS ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA	FIRMA DE CONTRATO SECOP, CUENTAS DE COBRO
22	Las actividades podran ser desarrolladas en cualquiera de los espacios y/o procesos trasversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la subred contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	LAS ACTIVIDADES PODRÁN HACERSE EN CUALQUIERA DE LOS ESPACIOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED	REALIZAR ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LO REFERENTE DEL ENTORNO A DONDE LO REQUIERAN

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar fotocopia la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

ANGIE MORENO

C.C. 1.023.018.104 de BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	DEISY KATHERINE HERRERA HERNÁNDEZ CC 1020709821
CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO DE LA GESTION OPERATIVA, ENTORNO HOGAR
FIRMA	
FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL
FIRMA	

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANGIE LORENA MORENO MEDINA Identificado con CC 1023018104

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina AVENIDA CHILE, con las siguientes caracteristicas:

Número:	24083322662
Fecha de apertura:	28 de Marzo de 2018
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN LE INTERESE, el 21 del mes Abril de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

06 2935950

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de tramite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotización: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: 1er Apellido MORENO | 2do Apellido MEDINA | 1er Nombre ANGIE | 2do Nombre LORENA

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1023 018 104

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: D 10 M 12 A 1996

II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBEN: A5

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS BOLIVAR

16. Administradora de pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 908526

18. Residencia: CL 75 C BIS SUR # 6 29 C STE

Teléfono fijo: 3209415620

angie1113morenoa@gmail.com

Departamento: BOGOTA

Zona: Urbana [X] Rural [ ]

Municipio: S. DE BOGOTA

Ciudad: BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1				D D M M A A A A		
B2				D D M M A A A A		
B3				D D M M A A A A		
B4				D D M M A A A A		
B5				D D M M A A A A		

	31. Discapacidad: Tipo F N M	Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	Famisanar Sector Hbres	
E		
B		
U		
E		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: ANGIE LORENA MORENO MEDINA

36. Tipo de documento de identificación: CC

37. Número del documento de identificación: 1023 018 104

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: CL 75 C BIS SUR # 6 29 C STE | 3209415620 | angie1113morenoa@gmail.com | BOGOTA | BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos que complementan [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Traslado por relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de Nacimiento [ ] 16. Reporte del fallecimiento del afiliado [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha novedad: D D M M A A A A

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado - Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
52. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
53. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
54. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular o mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

ANGIE LORENA MORENO MEDINA

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] PEP [ ] Total [ ]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [1] [ ] [ ] [ ] [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

DASIS Famisanar 22 NOV 2021

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14752691657

(415)7707212489984(8020) 000001475269165 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 3 0 1 8 1 0 4	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 3 0 1 8 1 0 4	2 0 1 5 0 1 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	MEDINA	ANGIE	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 75 C BIS SUR 6 29 ESTE SANTA LIBRADA LOS TEJARES

42. Correo electrónico: angie1117moreno@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 6 4 9 9 2 6 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 5 0 5 1 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 04 - 16 / 07 : 11: 04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORENO MEDINA ANGIE LORENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-04-2021 07:11:50AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO