CUENTA DE COBRO N° 1 **DIAN N° ____**

Tunja 1 ABRIL DE 2021

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

NIT. 900336524-5

DEBE A:

ANGIE KATHERINE PARRA CALDAS identificado con Cédula de Ciudadanía No 1049630685 expedida en TUNJA, la suma de $ 1.215.878,13 por concepto de las actividades desempeñadas del 08 de marzo al 30 de marzo del 2021, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 81-7-20012-21 suscrito con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 para prestar mis servicios como TECNICO ASISTENCIAL AUXILIAR DE ENFERMERIA

Favor consignar en la cuenta de ahorros **N° 176070426133 de DAVIVIENDA** de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

ANGIE KATHERINE PARRA CALDAS

C.C. 1.049.630.685 Expedida en Tunja

No Telefónico: **3206395579**

Escaneado con CamScanner

Tunja, 1 ABRIL DE 2021

Señores:

Regional de aseguramiento en salud n° 1

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo ANGIE KATHERINE PARRA CALDAS identificada con cédula de ciudadanía C.C No. 1049630685 expedida en TUNJA, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1**, además mi condición es de NO **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

ANGIE KATHERINE PARRA CALDAS

C.C. 1.049.630.685 Expedida en Tunja

No Telefónico: **3206395579**

Escaneado con CamScanner

Tunja, 1 ABRIL 2021

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Policia Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, **ANGIE KATHERINE PARRA CALDAS,** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadania N° 1049630685 expedida en TUNJA para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, **16% pensión** y riesgos profesionales para administrativos del 0,522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. **81-7-20012-21** con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 9417085442
HONORARIOS MENSUALES	1.585.928,00	1.585.928,00
BASE COTIZACION 40%	908.526,00	908.526,00
APORTE SALUD 12,5%	113.565,75	113.600,00
APORTE PENSION 16%	145.364,16	145.400,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	22.131,69	
ADMINISTRATIVOS 0,522%	4.742,51	4.800,00

ANGIE KATHERINE PARRA CALDAS
C.C. 1049630685 expedida en TUNJA
TELÉFONO: 3206395579

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1049630685		PARRA CALDAS ANGIE KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 14 # 12 - 09	TUNJA BOYACA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	932691700	9417085442	I	2021/03/18	2021/03/24	BANCO DAVIVIENDA	6	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificacion	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0		$281,200
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)																						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0		$281,200
1	CC	1049630685	PARRA ANGIE																	230301	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14 23	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0	No	$281,200
Total Afiliados(1)																						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0		$281,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1049630685		PARRA CALDAS ANGIE KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 14 # 12 - 09	TUNJA BOYACA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	932691700	9417085442	I	2021/03/18	2021/03/24	BANCO DAVIVIENDA	6	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS A FAVOR	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL					$281,200	$0	$0	$281,200

Escaneado con CamScanner

Ciudad y fecha:	Tunja. 1 ABRIL 2021
Unidad:	REGIONAL DE SEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-7-20012-21
Constancia de recibido No.	1
Contratista:	ANGIE KATHERINE PARRA CALDAS
NIT del contratista:	1.049.630.685
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO: TECNICO ASISTENCIAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 15.489.230,13
Plazo de ejecución:	08/03/2021 AL 30/12/2021
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Transversal 15 No. 16 – 01 Barrio Ricaurte en la ciudad de Tunja
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ Líder referencia y contrareferencia

Escaneado con CamScanner

Fecha de entrega certificada:	Del: 08/03/2021 Al: 31/03/2021
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (indicar la vigencia del valor de la entrega 20xx)	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar

Cuando se estén certificando valores recibidos de **adiciones del contrato**, se deberán relacionar por cuadro separado del principal, cada uno.

* Para las órdenes de compra en trámite de incumplimiento, el supervisor deberá indicar el % de descuento aplicado y el valor total que incluya el descuento. Anexar soportes del trámite de incumplimiento de Colombia Compra Eficiente.

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
1	01/04/2021	$ 1.215.878,13		$ 1.215.878,13
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$ 1.215.878,13

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA de 8 horas, para el desarrollo de las actividades descritas de la dependencia de REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA de la Unidad prestadora de salud Boyacá, al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que estable el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado por lo cual se avala el pago de la Cuenta de Cobro No 1/10 de fecha 1 de abril del 2021

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	Verificación de derechos de los usuarios en los aplicativos vigentes en todas las solicitudes. En caso de encontrar novedades realizar coordinaciones con el Grupo de registro y control de cada unidad.	Si X No___	
2	Recepción de documentación para trámite de autorización allegas por los usuarios con los requisitos mínimos establecidos, contado con el conocimiento de los servicios contratos.	Si X No___	

Escaneado con CamScanner

3		Disponer del funcionamiento de la ventanilla para atención presencial a usuarios, así como el canal de comunicación para los establecimientos y municipios de cada jurisdicción para la radicación de documentos de solicitudes de servicio, intervenciones, procedimientos.	Si X No___	
4		Verificar la malla de pertinencia y Orientar al usuario y suministrar la información que le sea solicitada	Si X No___	
5		Recepcionar las llamadas telefónicas de la IPS que requieren de alguna autorización	Si X No___	
6		Generar las autorizaciones de internación en la red externa contratada y no contratada para los pacientes regionalizados en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá.	Si X No___	
7		El personal responsable de Referencia, Contrarreferencia brindará la información concerniente a las gestiones operativas de la unidad, para que los asesores jurídicos emitan las respectivas respuestas.	Si X No___	
8		brindar la información requerida al personal médico de la red propia para que diligencie el formato de Contrarreferencia de la historia clínica del sistema de información en POLICIA NACIONAL utilizado para tal fin, en el módulo de órdenes médicas, registrando en la pestaña de indicaciones que servicios necesita el paciente según pertinencia médica.	Si X No___	
9		Consolidar las novedades relacionadas con el portafolio de servicio en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá.	Si X No___	
10		Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la Historia Clínica.	Si X No___	

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Betty Rocio Ramos Rodriguez

FIRMA DE SUPERVISOR

Subintendente BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ

Líder referencia y contrareferencia

Escaneado con CamScanner