CUENTA DE COBRO No. 02

LUGAR Y FECHA: Bogotá, D.C., SEPTIEMBRE 2020

La

DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE
DISPENSARIO MEDICO SUR
NIT- 830039670 – 5
KILOMETRO 3 VIA USME
Bogotá, D.C.

Debe a:

LUISA FERNANDA CHACON PAEZ
CC. 1019118213 de BOGOTA
Celular 3112574383

De conformidad al plan de pago y tras haber cumplido con la ejecución pactada en las obligaciones específicas, descritas en el contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 613-DISAN-DMSOC-2020, me permito elevar la presente Cuenta de Cobro correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 2020, por la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE ($2.245.152), cuyo valor solicito sea abonada a mi cuenta bancaria Ahorros N° 0887073989 del Banco BBVA

Así mismo, declaro voluntariamente bajo la gravedad del juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1983. No estoy obligado a expedir factura de venta.

Conforme a las disposiciones en materia administrativa de la Dirección de Sanidad Ejercito - Dispensario Médico Sur Occidente, anexo a la presente constancia de los aportes al Sistema de Seguridad Social Colombiano, así como, el Certificado de Aportes.

Luisa chacon
LUISA FERNANDA CHACON PAEZ
CC. 1019118213 de BOGOTA
Lugar de Residencia: CALLE 157 A # 98 A - 34

Scanned by TapScanner

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE HÉROES DE SUMAPAZ
INFORME DE SUPERVISIÓN

FECHA: SEPTIEMBRE 2020

1. CONTRATISTA	Nombre completo: LUISA FERNANDA CHACON PAEZ Identificación: C.C 10191118213 Nacionalidad: colombiana Dirección – ciudad de residencia CALLE 157 A # 98 A 34 Teléfono de contacto: 3112574383 E-mail de contacto : luisachacon.m@gmail.com
2. SUPERVISOR	Nombre completo: **SMSM. CLAUDIA JULIANA PRADA SANMIGUEL** Cargo: Terapeuta Respiratoria del Dispensario Médico Cantón Sur Resolución de Nombramiento Nombrado (a) mediante: No.112 del 21 de Julio de 2020 del Dispensario Médico Sur Occidente.
3. No. DEL CONTRATO – FECHA DE SUSCRIPCIÓN	No. Del contrato: 613/DISAN–DMSOC-2020 Fecha de suscripción: 01/08/2020
4. PLAZO DE EJECUCIÓN	A PARTIR DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO PREVIOA LA EXPEDICION DEL REGISTRO PRESUPUESTAL HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2020
5. PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	No. De Póliza Cumplimiento: 21-46-101016782 Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A Fecha oficio aprobación: 31-07-2020 No. De Póliza Responsabilidad: 21-54-101001457 Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A Fecha oficio aprobación :31-07-2020 Aprobado por: Mayor. Larry Luis Rosas Cortes – Ordenador del Gasto DMSOC.
6. CRP	No. CRP 82820 Fecha expedición: 2020-08-01 Unidad/Sub-unidad ejecutora: DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HÉROES DE SUMAPAZ Dependencia: COORDINACION MEDICA Posición catálogo de gasto: A–02–02–02–008–002 SERVICIOS DE SALUD HUMANA Fuente: Nación Recurso: 54 Valor inicial contrato: $ 11.225.760

Scanned by TapScanner

7. OBJETO CONTRACTUAL	La prestación de servicios como Enfermera Profesional para la prevención, detección y atención del COVID-19 que requiere la DISAN –EJC.
8. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	LAS CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO N. 613 "CLAUSULA SEGUNDA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS"
9. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA OBLIGACIÓN	LA ENFERMERA PROFESIONAL ASIGNADA AL CARGO CUMPLIO CON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES 1. Cumplió a cabalidad con el objeto del contrato 2. Recibió y reviso documentos para la activación de servicios médicos. 3. Ejerció la profesión teniendo en cuenta lo valores morales, la ética, la responsabilidad de los actos. 4. Realizo atenciones domiciliarias en Bogotá, D.C por COVID-19 según requerimientos del supervisor. 5. Consolido informes, análisis, incidencias y prevalencias relacionado con COVID-19. 6. Realizo la aplicación de Historia Completa en Salud. SIS de acuerdo a las matrices de las rutas de riesgo y de mantenimiento (Formatos, matrices, actas de compromisos, asesorías, actas de capacitación). Todos los pacientes que fueron valorados por el profesional quedaron registrados en esta herramienta informática y/ o en la herramienta informática que se ordenó en su momento. 7. Realizo actividades, capacitaciones, boletines, planes relacionados con COVID-19. 8. Cumplió con todas las funciones que demanden el Equipo de Reacción inmediata COVID-19: - Toma de muestra. - Cercos epidemiológicos. - Conceptos por parte de su especialidad en valoración de paciente. - Seguimiento de Pacientes positivos, sospechosos o probables COVID-19. - Búsqueda Activa. Mantuvo reserva y confidencialidad frente a temas de asuntos tratados. DE CONFORMIDAD 3 DEL DECRETO 2609 DE 2012, EL CONTRATISTA TUVO LA RESPONSABILIDAD SOBRE LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LAS ACTIVIDADES QUE ESTE REALIZO DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO
10. VALOR DEL CONTRATO	Valor inicial contrato: $ **11.225.760** Valor autorizado a pagar: $ 2.245.152 PLAN DE PAGOS

N°	MES/ PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	VALOR PAGO
1	AGOSTO	$ 2.245.152,00
2	SEPTIEMBRE	$ 2.245.152,00
3	OCTUBRE	$ 2.245.152,00
4	NOVIEMBRE	$ 2.245.152,00
5	DICIEMBRE	$ 2.245.152,00

Scanned by TapScanner

	TOTAL	**$ 11.225.760**	

11. EJECUCIÓN FINANCIERA

La información financiera que a continuación se relaciona refleja la ejecución de los pagos realizados al contratista basado en la ejecución y avance del cumplimiento de las actividades y el objeto contractual:

No. de Pago	Mes	Control Ejecución de Pagos
02	SEPTIEMBRE	
Valor Inicial del Contrato + Adiciones		**$ 11.225.760**
(-) Valor Ejecutado hasta el mes anterior		$ 2.245.152,00
(-) Valor a pagar del Mes		$ 2.245.152,00
(=) Saldo del Contrato		$ 6.735.456

12. CUMPLIMIENTO PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Ítem	Valor Pagado	Periodo de pago año – mes	Fecha de pago año – mes – día
Pensión	160.000	2020- 08	20-09-07
Salud	125.000	2020- 08	20-09-07
ARL	24.400	2020- 08	20-09-07

13. DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL INFORME

- ✓ Cuenta de Cobro
- ✓ Copia discriminada de los soportes de pago de los aportes mensuales obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, sobre un Ingreso Base de Cotización del 40 % del valor mensual del contrato, con aporte del 16 % en pensiones y el 12, 5 % en salud. El soporte de pago del aporte mensual obligatorio al Sistema General de Riesgos Laborales, conforme lo establece la normatividad legal vigente y de acuerdo a la afiliación efectuada a la A.R.L.
- ✓ Certificado de aportes parafiscales.

14. OTRAS OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR

El cumplimiento del objeto contractual ha permitido el cabal desarrollo de la misión asignada en el Establecimiento de Sanidad Militar Cantón Sur para el mes de Agosto tuvo una productividad de 100%

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá el mes de SEPTIEMBRE de 2020.

FIRMA

SMSM. CLAUDIA JULIANA PRADA SANMIGUEL
SUPERVISOR CONTRATO613 /DISAN–DMSOC-2020

FIRMA

Luisa chacón

PS. LUISA FERNANDA CHACON PAEZ
C.C. 1019118213

Scanned by TapScanner

Lugar y fecha: Bogotá, D.C., Septiembre de 2020

Señores
DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"
Bogotá. D.C

Yo, LUISA FERNANDA CHACON PAEZ, Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.019.118.213, bajo la gravedad de juramento certifico que los $ 309.400, soportados en el pago de aportes obligatorios al Sistema General de aportes de Parafiscales corresponden al mes de Agosto del año 2020 y son ingresos provenientes del contrato No. 613–DISAN–DISOC-2020 por Prestación de Servicios, firmado con el DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE HÉROES DE SUMAPAZ.

Lo anterior en cumplimiento al Decreto No. 2271 del 18 de julio de 2009.

Atentamente,

Luisa Chacón
LUISA FERNANDA CHACON PAEZ
C.C. No 1.019.118.213

Scanned by TapScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019118213
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA CHACON PAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 157 A NO 98 A - 34	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5159432559**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: septiembre AÑO: 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: septiembre AÑO: 2020

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2020/10/05	0	$ 0	$ 309.400
2020/10/06	1	$ 400	$ 309.800
2020/10/07	2	$ 600	$ 310.000
2020/10/08	3	$ 800	$ 310.200
2020/10/09	4	$ 1.000	$ 310.400
2020/10/13	8	$ 1.800	$ 311.200

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 160.000
SUBTOTAL:			1	**$ 160.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 24.400
SUBTOTAL:			1	**$ 24.400**

TOTAL POR PAGAR: $ 309.400

Scanned by TapScanner

DAVIVIENDA

(92)02500764264319

FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del convenio | Código convenio / No. cuenta

Referencia 1 | Referencia 2

No. factura	Valor	No. factura	Valor

CAJERO No. 4 HN
51 07 SET. 2020 1091
PROCESADO
Sello del cajero

FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

○ Efectivo ○ Cheque

RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES

Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor

CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO

○ Cuenta de Ahorro ○ Cuenta Corriente ○ Tarjeta de Crédito*

No. cuenta / tarjeta (origen fondos) _____ No. de cuotas _____

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta $ 309.400

○ No. cheques Total cheque $

Total $ 309.400

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario: | Identificación del beneficiario: | Valor a cobrar $

PAGO DE PLANILLA

○ Planilla asistida ○ Pin único | Número planilla / Pin único 5159432540 | Periodo liquidado (AAAA/MM) 7/9/20

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

Nombre y apellidos Maria Baez | Teléfono 3203038416 | Ciudad

Documento identidad: ○ CC ○ CE ○ TI ○ NIT No. documento 51.357.056 Bta

Firma de quien realiza la transacción

Huella

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los ne
posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. * Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujet

- CLIENTE -

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner