**CUENTA DE COBRO No. 03**

LUGAR Y FECHA: Bogotá, D.C., OCTUBRE 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 OCTUBRE 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: OCTUBRE 2020**

| | |
|---|---|
| **1. CONTRATISTA** | Nombre completo: LUISA FERNANDA CHACON PAEZ<br>Identificación: C.C 10191118213<br>Nacionalidad: colombiana<br>Dirección – ciudad de residencia CALLE 157 A # 98 A 34<br>Teléfono de contacto: 3112574383<br>E-mail de contacto : luisachacon.m@gmail.com |
| **2. SUPERVISOR** | Nombre completo: **SMSM. CLAUDIA JULIANA PRADA SANMIGUEL**<br>Cargo: Terapeuta Respiratoria del Dispensario Médico Cantón Sur<br>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<br>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<br>Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A<br>Fecha oficio aprobación: 31-07-2020<br><br>No. De Póliza Responsabilidad: 21-54-101001457<br>Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A<br>Fecha oficio aprobación :31-07-2020<br><br>Aprobado por: Mayor. Larry Luis Rosas Cortes – Ordenador del Gasto DMSOC. |
| **6. CRP** | No. CRP 82820<br>Fecha expedición: 2020-08-01<br>Unidad/Sub-unidad ejecutora: DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE HÉROES DE SUMAPAZ<br>Dependencia: COORDINACION MEDICA<br>Posición catálogo de gasto: A–02–02–02–008–002 SERVICIOS DE SALUD HUMANA<br>Fuente: Nación<br>Recurso: 54<br>Valor inicial contrato: $ 11.225.760 |



Scanned by TapScanner

<table>
<tr><td>7. OBJETO CONTRACTUAL</td><td>La prestación de servicios como Enfermera Profesional para la prevención, detección y atención del COVID-19 que requiere la DISAN –EJC.</td></tr>
<tr><td>8. OBLIGACIONES CONTRACTUALES</td><td>LAS CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO N. 613 “CLAUSULA SEGUNDA-OBLIGACIONES ESPECIFICAS”</td></tr>
<tr><td>9. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA OBLIGACIÓN</td><td>LA ENFERMERA PROFESIONAL ASIGNADA AL CARGO CUMPLIO CON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES<br>1. Cumplió a cabalidad con el objeto del contrato<br>2. Recibió y reviso documentos para la activación de servicios médicos.<br>3. Ejerció la profesión teniendo en cuenta lo valores morales, la ética, la responsabilidad de los actos.<br>4. Realizo atenciones domiciliarias en Bogotá, D.C por COVID-19 según requerimientos del supervisor.<br>5. Consolido informes, análisis, incidencias y prevalencias relacionado con COVID-19.<br>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.<br>7. Realizo actividades, capacitaciones, boletines, planes relacionados con COVID-19.<br>8. Cumplió con todas las funciones que demanden el Equipo de Reacción inmediata COVID-19:<br>- Toma de muestra.<br>- Cercos epidemiológicos.<br>- Conceptos por parte de su especialidad en valoración de paciente.<br>- Seguimiento de Pacientes positivos, sospechosos o probables COVID-19.<br>- Búsqueda Activa.<br>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</td></tr>
<tr><td>10. VALOR DEL CONTRATO</td><td>Valor inicial contrato: $ 11.225.760<br>Valor autorizado a pagar: $ 2.245.152<br>PLAN DE PAGOS
<table>
<tr><th>N°</th><th>MES/ PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</th><th>VALOR PAGO</th></tr>
<tr><td>1</td><td>AGOSTO</td><td>$ 2.245.152,00</td></tr>
<tr><td>2</td><td>SEPTIEMBRE</td><td>$ 2.245.152,00</td></tr>
<tr><td>3</td><td>OCTUBRE</td><td>$ 2.245.152,00</td></tr>
<tr><td>4</td><td>NOVIEMBRE</td><td>$ 2.245.152,00</td></tr>
<tr><td>5</td><td>DICIEMBRE</td><td>$ 2.245.152,00</td></tr>
</table></td></tr>
</table>



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 |
|---|---|---|
| 03 | OCTUBRE | |
| 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 | | $ 4.490.304 |

**12. CUMPLIMIENTO PAGO SEGURIDAD SOCIAL**

| Ítem | Valor Pagado | Periodo de pago año – mes | Fecha de pago año – mes – día |
|---|---|---|---|
| Pensión | 143.700 | 2020- 09 | 20-10-08 |
| Salud | 112.300 | 2020- 09 | 20-10-08 |
| ARL | 21.900 | 2020- 09 | 20-10-08 |

**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 Septiembre tuvo una productividad de 100%

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

**FIRMA**

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

**FIRMA**

**PS. LUISA FERNANDA CHACON PAEZ**
C.C. 1019118213



Scanned by TapScanner

Lugar y fecha: Bogotá, D.C., Octubre 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 $ 277.900, soportados en el pago de aportes obligatorios al Sistema General de aportes de Parafiscales corresponden al mes de Septiembre 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 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: | **5159667386** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2020 | SALUD: | AÑO: | 2020 |

## INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

| FECHA LIMITE DE PAGO | DIAS DE MORA | VALOR DE LA MORA | VALOR POR PAGAR |
|---|---|---|---|
| 2020/12/31 | 0 | $ 0 | $ 277.900 |
| 2021/01/01 | 1 | $ 400 | $ 278.300 |
| 2021/01/02 | 2 | $ 600 | $ 278.500 |
| 2021/01/03 | 3 | $ 800 | $ 278.700 |
| 2021/01/04 | 4 | $ 1.000 | $ 278.900 |
| 2021/01/05 | 5 | $ 1.100 | $ 279.000 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 143.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 143.700** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 112.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 112.300** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 21.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 21.900** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL POR PAGAR:** | **$ 277.900** |

Scanned by TapScanner

DAVIVIENDA

(92)02500737948147

# FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

**DATOS DEL CONVENIO**

Nombre del convenio | Código convenio / No. cuenta

Referencia 1 | Referencia 2

| No. factura | Valor | No. factura | Valor |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA**

○ Efectivo ○ Cheque

**CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO**

○ Cuenta de Ahorro ○ Cuenta Corriente

No. cuenta / tarjeta (origen fondos)

**RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES**

| Código banco | No. Cheque | No. cuenta del cheque | Valor |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**COBRO POR VENTANILLA**

Nombre del beneficiario: | Identificación del beneficiario:

**PAGO DE PLANILLA**

○ Planilla asistida ○ Pin único | Número planilla / Pin único

**DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN**

Nombre y apellidos: Johana Cruz | Teléfono: 3106781961 | Ciudad: Bogotá

Documento identidad: ○ CC ○ CE ○ TI ○ NIT | No. documento: 1017668223

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 negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación 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 sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora. Comprobante válido con el sello del caje

BANCO DAVIVIENDA S.A. Cra 7 No. 32-41 08 OCT 2020 PROCESADO 442

del cajero

Tarjeta de Crédito ... de Cuotas

Efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta $ 297.900

No. cheques Total cheque $

Total $ 297.900

Valor a cobrar $

Periodo liquidado (AAAA/MM) 2020/10

Huella

Firma de quien realiza la transacción: Johana Cruz

Scanned by TapScanner