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 6070 2020 **C.D.P. No.:** 3038 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA-GOBERNANZA

Nombre del Contratista: PABLO ARIEL ALFONSO RINCON **C.C.** 1.030.564.942 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-09-24 **Fecha Terminación inicial:** 2020-10-31 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 2.910.447

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	$ 1.785.000	3952	2020-12-01	2020-12-15
4	$ 5.355.224	4112	2020-12-16	2021-01-31
5	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
6	$ 3.570.149	549	2021-03-01	2021-03-31
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 834.329		
2	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 103.400	9411661846 - 9411731300
3	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9412835586
4	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9413159530
5	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.900	9414391881
6	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.900	9415550345
7	MARZO	$ 2.910.447	$ 441.900	9417486686
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.641.198	$ 22.511.272	$ 21.595.521	$ 915.751

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 PUBLICA 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 MISION Y VISIÓN DE LA MISMA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-03-16 **Hasta:** 2021-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	1- Se participa en el desarrollo de la reunión de gobernanza; asi mismo en asistencia técnica con la referente de la SDS para la consolidación del plan de acción de las mesas locales de estupefacientes.	Acta y listado de asistencia
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.	1.Alistamiento, convocatoria y desarrollo de las sesiones ordinarias de mesas locales de estupefacientes de La Candelaria, Antonio Nariño y San Cristobal. 2. Busqueda activa e identificación de usuarios para activación de rutas de atención en salud, diligenciamiento del formato actualizado, relacionados en la matriz de drive y envio al correo correspondiente. 3. Participación en jornadas de pedagogia en calle relacionada a las medidas de bioseguridad, protocolos de autocuidado y cuidado colectivo en el marco de la pandemia por la Covid 19. 4. Desarrollo de acciones de IEC en mesas locales de estupefacientes y en actividades desarrolladas en los territorios. 5. Acercamiento y desarrollo de acciones con presidentes de Juntas de acción comunal para la gestión de acciones que de respuestas sus necesidades en salud.	Actas y listados de asistencia de seguimiento y cumplimiento a los planes de acción. Actas de las seiones ordinarias realizadas en cada localidad. Formatos de canalización cargados en el drive y enviados vía correo electronico. Actas, listados de asistencia y cargue de la información en la matriz de reporte de covid en drive.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Entrega de cronógrama de actividades correspondiente al mes de Marzo 2021 por drive.	Entrega de cronógrama de actividades correspondiente al mes de marzo/ 2021 por drive.
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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Gestión documental, alistamiento de auditoria y organización archivistica.	Organización de los archivos generados desde las acciones de la politica publica de SPA. Actas de la gestión, alistamiento de auditoria y organización archivistica realizada.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Las actividades desarrolladas no requieren visita de campo.	Las actividades desarrolladas no requieren visita de campo.

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.030.564.942 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MAIRA MILENA JARAMILLO QUIROZ
CARGO:	REFERENTE DE GOBERNANZA
FIRMA	

Planilla

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030564942		ALFONSO RINCON PABLO ARIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 80 F # 54 A 67 SUR APTO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7280112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	925163240	9417486686	I	2021/03/09	2021/03/16	BANCO CAJA SOCIAL	7	$441,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,428,059	$228,500			$1,428,059	$178,600			$0	$0			$1,428,059	$34,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,428,059	$228,500			$1,428,059	$178,600			$0	$0			$1,428,059	$34,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,428,059	$228,500			$1,428,059	$178,600			$0	$0			$1,428,059	$34,800		$0	$0
1	CC	1030564942 ALFONSO PABLO	231001	30	$1,428,059	$228,500	EPS005	30	$1,428,059	$178,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,428,059	$34,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,428,059	$228,500			$1,428,059	$178,600			$0	$0			$1,428,059	$34,800		$0	$0

Gmail POLITICA SPA GOBERNANZA <spagobernanzaco@gmail.com>

Fwd: NOTIFICACION DE TRANSACCION(PAGO PSE BANCA PERSONAL) ID:00.1508690617

1 mensaje

Pablo Alfonso <pspabloalfonso@gmail.com> 16 de marzo de 2021, 9:53
Para: spagobernanzaco@gmail.com

Pablo Ariel Alfonso Rincón
Psicólogo
Bogotá D.C
Celular: 3108870349

---------- Forwarded message ---------
De: <notificador@bancocajasocial.com>
Date: mar, 16 mar 2021 a las 9:47
Subject: NOTIFICACION DE TRANSACCION(PAGO PSE BANCA PERSONAL) ID:00.1508690617
To: <pspabloalfonso@gmail.com>

Estimado cliente con cuenta Nro.*******9124:

Banco Caja Social le informa que el dia **2021.03.16** a las **09:47** se realizo una transaccion de **PAGO PSE BANCA PERSONAL EXITOSA** por un valor de **$441,900.00** a traves del canal **PSE BANCA PERSONAS**. Oficina/Terminal: , que cumple con las condiciones de notificacion establecidas por usted.

Nos complace contar con clientes como usted.

==========

Por favor no responda este correo.

Para cualquier informacion adicional puede consultar nuestra pagina de Internet o comunicarse con nosotros a traves de las siguientes opciones:

- Linea Amiga
  - Bogota 3077060
  - Resto del pais 018000910038

==========

Este correo fue enviado por peticion suya. Si desea no ser contactado desde esta direccion de correo, por favor ingrese a nuestra pagina de Internet o acerquese a la oficina sede de su cuenta para modificar la matricula de notificaciones. Toda informacion contenida en este mensaje es considerada de caracter confidencial y/o privilegiado y esta dirigida unicamente a su destinatario, quien por tal razon es el unico autorizado para leerla y utilizarla. Si usted ha recibido por error este mensaje debe eliminarlo totalmente de su sistema y comunicar tal situacion al remitente de inmediato.

==========

Tildes omitidas para manejar compatibilidad entre agentes de correo

==========

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743853237

(415)7707212489984(8020) 000001474385323 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 3 0 5 6 4 9 4 2	3	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 iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 5 6 4 9 4 2	2 0 0 7 1 2 0 5

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
ALFONSO	RINCON	PABLO	ARIEL

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: CR 80 F 54 A 67 SUR AP 302

42. Correo electrónico: pspabloalfonso@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 7 5 9 1 7 0 9	3 1 0 8 8 7 0 3 4 9

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 9	2 0 1 3 0 2 0 1	8 6 9 2	2 0 1 3 0 1 0 5					

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 - 02 - 24 / 16 : 25: 12

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 ALFONSO RINCON PABLO ARIEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO