Secretaria 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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2005-2019 | C.D.P. No.: 188 | Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVECIONES COLECTIVAS PS-PAI
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - PAI

Nombre del Contratista: ALBA STELLA GOMEZ PELAYO | C.C. 1.023.906.259 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 | Fecha Terminación incial: 2019-03-03 | Valor Mensual: $ 2.197.015 | Valor a cobrar: $ 2.388.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.877.029	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.540.866	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 3.331.343	4112	2020-12-16	2021-01-31
19	$ 2.197.015	218	2021-02-01	2021-02-28
20	$ 2.197.000	549	2021-03-01	2021-03-31
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	32732517
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	33327179
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	33938070
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	34571340
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	35206351
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	35790681
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	36466867
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337095802
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	37741597
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 236.100	38625722
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 236.100	8339023004
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 236.100	8339704969
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 250.300	8340325135
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 250.300	8340959250
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 250.300	8341649785
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 136.200	8342236993
17	JUNIO	$ 156.438	$ 136.200	8343000511
18		$ 1.982.040		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	8343642603
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	44668093
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	8345057021
22			$ 400	8345383449
23	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45931548
24	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346339737
25	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346991320
26	ENERO	$ 2.197.015	$ 272.100	8347682527
27	FEBRERO	$ 2.197.015	$ 281.200	8348266627
28	MARZO	$ 1.098.480	$ 281.200	8348917918
		$ 1.289.520		

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 47.595.887	$ 47.595.887	$ 3.489

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-03-01 Hasta: 2021-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años, 60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11° bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
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.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual
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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realizar tacticas de vacunacion casa casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.023.906.259 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DIANA BELTRAN
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3
FIRMA	Diana Beltran A

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALBA STELLA GOMEZ PELAYO
No. Identificación: CC1023906259
Dirección: CRA 11 A N 41 52 SUR
Telefono: 1234567
Correo: albag1091@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8348917918

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBA STELLA GOMEZ PELAYO
Tipo y número de identificación	CC1023906259
Número de planilla	8348917918
Fecha pago	2021-03-04
Número de autorización pago	1419382
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2021
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	281200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	22200	1
230301	Porvenir	145400	1
EPS008	Compensar EPS	113600	1

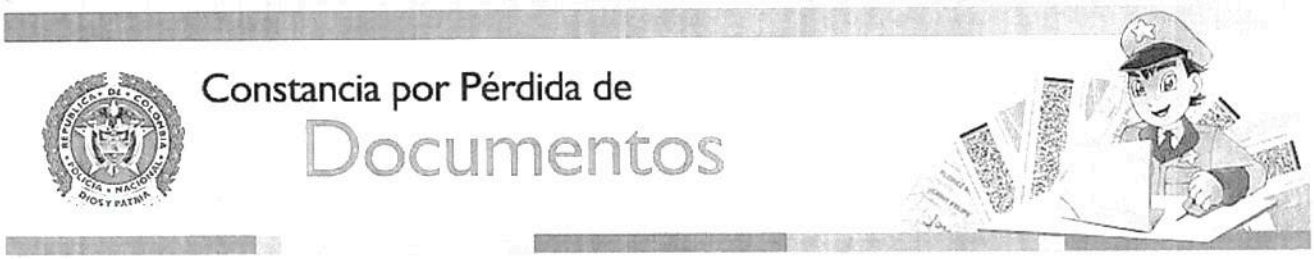
8348917918

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023906259
APELLIDOS Y NOMBRES: ALBA STELLA GOMEZ PELAYO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

Alba Gomez
1023906259

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



Constancia por Pérdida de Documentos

La Policía Nacional de Colombia certifica que el día 16 mes 3 año 2021, a las 6:02 p. m. El(La) señor(a) ALBA STELLA GOMEZ PELAYO identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 1023906259 , reportó el extravío del(los) documento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Factura	8348917918	baucher de pago aportes mi planilla

La presente constancia será publicada por un tiempo de seis (6) meses en la página web y se podrá verificar en https://webrp.policia.gov.co:444/publico/buscador_constancia.aspx, mediante el número de consecutivo 102390625933389012.

La presente certificación no constituye documento de identificación y no tiene la validez de una denuncia penal.

Imprimir constancia

© 2006 - POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA - Todos los Derechos Reservados Carrera 59No 26-21 CAN Bogotá D.C.

Alba Stella Gomez
1023906259

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743907698

(415)7707212489984(8020) 000001474390769 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 3 9 0 6 2 5 9	4	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 9 0 6 2 5 9	2 0 0 9 0 3 2 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
GOMEZ	PELAYO	ALBA	STELLA

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 12 BIS 41 52 SUR

42. Correo electrónico: agomez.subredcentrooriente@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 5 2 2 9 6 8 9	7 0 1 4 7 2 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 9	2 0 1 2 0 1 2 0	8 6 9 2	2 0 1 0 0 1 0 4					

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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 / 19 : 20: 59

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 GOMEZ PELAYO ALBA STELLA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO