17

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-1730-2019 **C.D.P. No.:** 188 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
Unidad a la que pertenece SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: GLORIA MABEL LEAL TOSCANO **C.C.** 1.096.212.563 **de:** Barrancabermeja

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación Incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 5.540.964	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.902.896	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.228.626	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 7.302.762	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 7.140.300	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.785.076	3919	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 5.355.224	4112	2020-12-16	2021-01-31
19	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
20	$ 3.570.000	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	$ 3.000.000	$ 395.300	1018987339
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 395.300	1018987339
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 395.300	1020381998
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	1020881580
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	1021816713
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383.200	1021816784
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	1032280941
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	1023083012
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	1024579078
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	1024579262
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	1025381148
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 383.200	1025881114
13	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 383.200	1027456177
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 383.200	1027458180
15	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	1028187938
16	MAYO	$ 3.095.400	$ 222.200	1029663749
17	MAYO - EXTRA	$ 538.331	$ 260.900	1030516638
18	JUNIO	$ 302.814 $ 3.220.898	$ 260.900	1030516638
19	JULIO	$ 3.570.149	$ 436.200	1031186657
20	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.800	1031739351
21	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1032400498
22	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1032400843
23	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1033026943
24	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1033742702
25	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.900	1034945608
26	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.900	1034968785
27	MARZO	$ 1.435.821	$ 441.900	1035591988
28	MARZO	$ 2.134.328		

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 86.189.900	$ 85.528.920	$ 660.980

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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 perio **Desde:** 01/03/2021 **Hasta:** 31/03/2021

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas 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. Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo al lineamiento para el componente de Gestión del Riesgo, establecido desde la Secretaria de Salud y los direccionamientos establecidos desde el supervisor del contrato.	1. Cronograma de actividades 2. Actas de reunión y revisión. 3. Formato de presauditoria del mes. 4. Plan operativo
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. Realizar actividades de seguimiento familiar para la gestión integral del riesgo - Abordaje por severidad y cohortes. 2. Diligenciar formatos de caracterizacion familiar. 3. Participacion en las asistencias tecnicas virtuales realizadas por los referentes de la SDS-SDIS si se requiere 4. Diligenciamiento de base a seguimientos telefónicos en Promoción de la Salud y Gestión Integral del Riesgo de IPM (Instituciones de Personas Mayores), enfocadas principalmente en garantizar las adecuadas condiciones para el cuidado y protección de esta población, fomentando medidas de prevención, control y mitigación del contagio; así como apoyar en las actividades para atender situaciones emergentes que se generen en el marco de dicha contingencia COVID-19. 5. Realizar recomendaciones en salud de buenas prácticas y comportamientos de vida saludables con el fin de contribuir al cuidado integral del adulto mayor. 6. Realizar proceso de canalización en adultos mayores que requieren acceso a servicios de salud para detección temprana o procesos de diagnóstico y tratamiento. 7. Realizar seguimientos telefonicos para incidir en factores de riesgo, continuidad del plan de automanejo y afrontamiento de la emergencia COVID 19. 8. Apoyo a contingencia que se presenten en IPM. 9. Participación en las diferentes asistencias técnicas programadas por la SDS, con la finalidad de brindar orientación a las IPM ante situación de salud pública actual.	1. Envio de formatos diario en magnetico de canalizaciones al espacio. 2. Firma en listados de asistencia a reuniones y fortalecimientos. 3. Bases almacenadas en Drive dispuestas para el registro de las llamadas telefónicas a las IPM (Seguimiento no presencial tel-virtual ipm, seguimiento de casos inst-alb-pgd ipm, matriz de informe inst.aaseguimiento telefónico ipm 4. Tablero control factura ipm mayo-julio 2020. 5. Base ipm centro oriente. 6. Base caracterización de IPM 2020. 7. Base canalizaciones y formato excel canalizaciones. 8. Bases de abordaje presencial (encuesta persona mayor, formato de encuesta para el personal de IPM) 9. Seguimientos Presenciales Informes -diligenciamiento de cronograma PAI cuando se requiera. y/o formatos establecidos para la captura de información en visitas a IPM (Encuesta persona mayor - V2 Encuesta Trabajadores IPM VF 23 04 2020) cuando se requiera por Contingencia COVID-19) Plan de acción. 10. Brindar apoyo al proceso de muestreo covid-19 cuando se requiera.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1. Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.	1. Cronograma Drive (Plan Operativo – Cronograma) de reporte diario donde se consignan las actividades realizadas.
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.	1. Actividades de mejoramiento de calidad. 2. Participación de asistencias tecnicas virtuales organizadas por Referente del Espacio Vivienda. 3. Presentación de pre-auditorias acorde al cronograma definido para tal fin. 4. Realizar canalizacion a rutas de salud de acuerdo a riesgos identificados. 5. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica. 6. Brindar apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo que se generen en el marco de dicha contingencia COVID-19. 7. Realización del seguimiento telefónico, teniendo en cuenta los anexos operativos; diligenciamiento de las actividades programadas durante el mes acordes a las acciones establecidas en el lineamineto, siguiendo los estandares de calidad en los diferentes instrumentos sistemáticos establecidos en el lineamiento.	1. Soportes y bases. 2. Listado en formularios drive por la referente distrital del espacio. 3. Firma de acta de preauditoria del mes con el lider del espacio. 4. Bases almacenadas en Drive dispuestas para el registro de las llamadas telefónicas a las IPM y o formatos establecidos para la captura de la información en visitas IPM y/o formatos establecidos para la captura de información en visitas a IPM (Encuesta persona mayor - V2 Encuesta Trabajadores IPM VF 23 04 2020) cuando se requiera el acompañamiento, Plan de acción.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	1.Cumplimiento de actividades del programa de Gestión del Riesgo - Zonas de Severidad. Se realiza la toma de los parametros de medición para identificación del riesgo en cada grupo de estudio de caso de severidad. 2. Desarrollar acciones de seguimientos en instituciones de adulto mayor acorde a requerimiento de secretaria de salud y según lineamiento cuando se cumple alguno de los siguientes criterios: información no veraz, comunicación inefectiva con al IPM, o que se presente caso positivo COVID-19.	1. Registro en ficha de caracterización para el abordaje de zona de cuidado especial por severidad. 2. Soportes en carpetas de gestión documental, aplicación de formatos contingencia IPM - soporte en medio magnetico; registro en planilla de caracterizacion de IPM - Soporte en fisico: planillas de registro de datos de usuarios de ipm caracterizados, actas de visita de caracterizacion, formatos de entrega de epp (cuando se requiera)

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

G. Mabel Leal T.
Firma del Contratista

C.C. 1.096.212.563 **de** Barrancabermeja

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LAURA ESPINEL CASTRO CC 1049621473
CARGO:	LIDER OPERATIVO - IPM
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-03, 04:51:39 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035591988

Periodo Cotización: febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8822295420

PAGADO 03/03/2021

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA MABEL LEAL TOSCANO		
Documento	CC1096212563	**Dirección**	CR 74B #51 A - 67
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3006495317
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
1096212563	GLORIA MABEL LEAL TOSCANO	57	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.428.060	$ 228.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.428.060	$ 178.600	2.436	$ 1.428.060	$ 34.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.428.060	$ 1.428.060	$ 1.428.060	$ 0	$ 228.500	$ 178.600	$ 34.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.900	$ 0	$ 441.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CALLE53 CON 73
879893 SIMPLE S.A. NUEVO 441.900
Factura: 8822295420
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 441.900
EFECTIVO 450.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8822295420 Apro:672898 BANCO:0023
CAMBIO 8.100
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	441900	441900	0
TOTAL=	441900	441900	0

TIQUETE :0723 10737754
RES.DIAN# 18763005314125 DE01/ABR/2020
RANG.AUT.0723 10673453 al 19999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. Nit 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
Este tiquete puede tener
Bienes Exentos Dec 417 17-3-20

03/MAR/2021 15:05 0723 01 0128 7896

723-

MIERCOLES 3S7Q0

MAR 03 2021 15:05:39 REMICT 8.66
EXITO EXPRESS CLL 53 C
CLL 53 73-91
CORRESPONSAL
BANCO DE OCCIDENTE
C.UNICO: 0013022595 TER: IZ00J291
C.BANC: 0023
ID CAJERO: 0090177896
RECIBO: 021738 RRN: 037575
RECAUDO APRO: 672898
SERVICIO: 6347
FACTURA: 00000000000000008822295420
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 441.900

BANCO DE OCCIDENTE es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000514652
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14742960778

(415)7707212489984(8020) 000001474296077 8

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Barrancabermeja 0 8 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEAL	TOSCANO	GLORIA	MABEL

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 74 B 51 A 67

42. Correo electrónico: mabellealtoscano@hotmail.com

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

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 : 42: 20

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 LEAL TOSCANO GLORIA MABEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 24-02-2021 04:42:44 MT