6

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-1805-2019	**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:	EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS			**C.C.**	14.136.125 **de:** IBAGUE (TOL)
Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación incial:**	2019-03-03	**Valor Mensual:**	$ 1.647.761 **Valor a cobrar:** $ 1.647.761

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.400.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.193.560	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.444.392	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 2.900.040	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 1.931.346	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.581.008	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.303.208	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.632.936	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 1.444.520	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.444.520	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.444.520	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.396.412	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 3.338.559	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 3.296.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 1.110.448	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 546.269	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 823.860	3919	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 2.498.507	4112	2020-12-16	2021-01-31
19	$ 1.647.761	218	2021-02-01	2021-02-28
20	$ 1.647.000	549	2021-03-01	2021-03-31
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.400.000	$ 256.300	1018144809
2	MARZO	$ 1.400.000	$ 256.300	1019004873
3	ABRIL	$ 1.444.520	$ 256.300	1019738601
4	MAYO	$ 1.444.520	$ 256.300	1020329645
5	JUNIO	$ 1.444.520	$ 256.300	1020831315
6	JULIO	$ 1.444.392	$ 256.300	1021675750
7	AGOSTO	$ 1.444.520	$ 256.300	1023044339
8	SEPTIEMBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	1023044364
9	OCTUBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	1023984714
10	NOVIEMBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	1024587576
11	DICIEMBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	1025209612
12	ENERO	$ 1.444.520	$ 256.300	1025853854
13	FEBRERO	$ 1.444.520	$ 271.700	1026422997
14	MARZO	$ 1.444.520	$ 271.700	1027406268
15	ABRIL	$ 1.444.520	$ 271.700	1028197940
16	MAYO	$ 1.444.520	$ 175.200	1029039743
17	JUNIO	$ 141.311 $ 1.486.566	$ 175.200	1030579421
18	JULIO	$ 1.647.761	$ 271.700	1030579457
19	AGOSTO	$ 1.647.761	$ 271.700	1031229621
20	SEPTIEMBRE	$ 1.647.761	$ 271.700	1031789286
21	OCTUBRE	$ 1.647.761	$ 271.700	1032453757
22	NOVIEMBRE	$ 1.647.761	$ 271.700	10330633993
23	DICIEMBRE	$ 1.647.761	$ 271.700	1033648541
24	ENERO	$ 1.647.761	$ 271.700	1034295723
25	FEBRERO	$ 1.647.761	$ 281.200	1034963007
26	MARZO	$ 510.448 $ 1.137.313	$ 281.200	1035604013

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.540.000	$ 39.564.866	$ 39.480.878	$ 83.988

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR 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)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. PRESTAR SUS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONTRATO SUSCRITO CON FFD Y LA ESE.	RECEPCION, PRECRITICA, DIGITACION DE FORMATOS DE LAS TOMAS DE MUESTRA PARA COVID-19 EN EL APLICATIVO DE SIVIGILA	ESTA EVIDENCIA SE ENCUENTRA EN LOS FORMATOS SCANEADOS POR LOS AUXILIARES, QUE REGISTRAN LA INFORMACION DE LOS USUARIOS A LOS CUALES SE LE TOMAN LAS MUESTRAS PARA COVID-19. TAMBIEN EN LOS CORREOS ENVIADOS A SIVIGILA Y A EPIDEMIOLOGIA PARA SU VERIFICACION.
2	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.	RECEPCION, PRECRITICA, DIGITACION DE FORMATOS DE LAS TOMAS DE MUESTRA PARA COVID-19 EN EL APLICATIVO DE SIVIGILA	ESTA EVIDENCIA SE ENCUENTRA EN LOS FORMATOS SCANEADOS POR LOS AUXILIARES, QUE REGISTRAN LA INFORMACION DE LOS USUARIOS A LOS CUALES SE LE TOMAN LAS MUESTRAS PARA COVID-19. TAMBIEN EN LOS CORREOS ENVIADOS A SIVIGILA Y A EPIDEMIOLOGIA PARA SU VERIFICACION.
3	3. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.	DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA MENSUAL EN EL QUE SE CONSIGNAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DURANTE EL MES ACORDE A LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN LOS LINEAMIENTOS.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN DRIVE COMPARTIDO POR LA TECNOLOGA
4	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.	RECEPCION, PRECRITICA, DIGITACION DE FORMATOS DE LAS TOMAS DE MUESTRA PARA COVID-19 EN EL APLICATIVO DE SIVIGILA	ESTA EVIDENCIA SE ENCUENTRA EN LOS FORMATOS SCANEADOS POR LOS AUXILIARES, QUE REGISTRAN LA INFORMACION DE LOS USUARIOS A LOS CUALES SE LE TOMAN LAS MUESTRAS PARA COVID-19. TAMBIEN EN LOS CORREOS ENVIADOS A SIVIGILA Y A EPIDEMIOLOGIA PARA SU VERIFICACION.
5	5. REALIZAR LAS VISITAS EN CAMPO DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS DE CADA ESPACIO DE VIDA O COMPONENTE TRANSVERSAL.	RECEPCION, PRECRITICA, DIGITACION DE FORMATOS DE LAS TOMAS DE MUESTRA PARA COVID-19 EN EL APLICATIVO DE SIVIGILA	ESTA EVIDENCIA SE ENCUENTRA EN LOS FORMATOS SCANEADOS POR LOS AUXILIARES, QUE REGISTRAN LA INFORMACION DE LOS USUARIOS A LOS CUALES SE LE TOMAN LAS MUESTRAS PARA COVID-19. TAMBIEN EN LOS CORREOS ENVIADOS A SIVIGILA Y A EPIDEMIOLOGIA PARA SU VERIFICACION.

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. 14.136.125 **de** IBAGUE (TOL)

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ANGELICA MARIA MORENO TORRES C.C. 39579680
CARGO:	LIDER OPERATIVA-GESTION DEL RIESGO
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS C.C 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS PS 1805 2021

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-10, 09:15:37 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035604013

Periodo Cotización: febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021

PAGADO 10/03/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS		
Documento	CC14136125	**Dirección**	CL 161A #16 D - 07
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2299874
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
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	Aporte Ministerio	Total
CC 14136125	EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 908.526	$ 145.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 908.526	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.400

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
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.400	$ 0	$ 299.400

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS PS 1805 2019

Bogotá, 10 de marzo de 2021

Apreciado usuario,
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

Información de la empresa:

Razón Social: EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS

Documento de Identidad: CC 14136125

Usuario: EDER BARRERO

Teléfono: 2299874

Número de Planilla: 1035604013

Fecha de Recepción: 10 de marzo de 2021

Periodo de Cotización: 2021-02

Información relacionada a Pensiones

Administradora: 231001 - COLFONDOS
Número de empleados: 1
Valor: $145.400

Información relacionada a Salud

Administradora: EPS017 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO
Número de empleados: 1
Valor: $113.600

Información relacionada a Cajas de Compensación Familiar

Administradora: CCF24 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
Número de empleados: 1
Valor: $18.200

Información relacionada a Riesgos

Administradora: 14-7 - CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.
Número de empleados: 1
Valor: $22.200

Total Pagado: $299.400

EDER HUMBERTO BARRERO PS 1805 2019

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743529843

(415)7707212489984(8020) 000001474352984 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 4 1 3 6 1 2 5	8	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 4 1 3 6 1 2 5	2 0 0 1 1 2 2 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRERO	ARIAS	EDER	HUMBERTO

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: CL 161 A BIS 16 D 07

42. Correo electrónico: eder301012@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 5 0 6 2 2							

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										Exportadores				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 : 16: 28

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 BARRERO ARIAS EDER HUMBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 24-02-2021 04:17:04PM