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:	6568	**C.D.P. No.:**	3489	**Proceso al que pertenece:**	GESTION DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
				Unidad a la que pertenece:	PRIMERA DE MAYO
Nombre del Contratista:	YULIETH ZORAIDA PIZA RODRIGUEZ			**C.C.**	52,309,135 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-11-05	**Fecha Terminación Inicial:**	2021-01-15	**Valor Mensual:**	$ 1,945,000 **Valor a cobrar:** $ 1,945,000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 648,333	4222	2021-01-16	2021-01-31
2	$ 1,945,000	323	2021-02-01	2021-02-28
3	$ 1,945,000	630	2021-03-01	2021-03-31
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	NOVIEMBRE	$ 1,815,333		
2	DICIEMBRE	$ 1,945,000	$ 271,700	47185389-8347185389
3	ENERO	$ 1,945,000	$ 271,700	8347796357
4	FEBRERO	$ 1,945,000	$ 281,200	48555070
5	MARZO	$ 1,945,000	$ 281,200	48810901
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5,057,000	$ 9,595,333	$ 9,595,333	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO A USUARIOS, CANALIZACIÓN Y ADHERENCIA A LOS SERVICIOS, APOYANDO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO, EN EL PROCESO DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD Y LO CONTEMPLADO EN EL CONVENIO 019 DEL 2020, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

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	Realizar la Búsqueda y canalización activa de usuarios no adherentes en los territorios.	Busqueda de usuarios filtrando los que no han asistido a la ruta de promocion y mantenimiento de la salud .	Bases de seguimiento primera infancia base PAI .
2	Gestionar al aumento de la adscripción.	Busqueda de usuarios en bases de datos "PAI- Comprobador de derechos y Dinamica" que no han asistido a la ruta de promocion y mantenimiento de la salud realizando agendacmiento de citas	Bases de seguimiento PAI .
3	Realizar Seguimiento a la adherencia de los usuarios a la ruta mediante la evaluación del Búsqueda activa de usuarios no adherentes en los territorios.	Busqueda de usuarios en bases de datos haciendo seguimiento a los usuarios que no han asistido .	Bases de seguimiento mesquema de vacunacion de usuarios primera infancia e
4	Realizar un Seguimiento a la adherencia de los usuarios a la ruta mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades establecidas por curso de vida a través del sistema de información estandarizado por localidad.	Manejo de bases para realizacion de seguimiento a los usuarios que no son adherentes a la ruta de promocion y mantenimiento de la salud .	Bases de seguimiento menores vacunacion.
5	Realizar el abordaje integral y la gestión del riesgo de la población en los territorios.	Realizar reconocimiento etnografico y poblacional según el centro de atencion .Busqueda de usuarios en bases de datos anteriores filtrando los que no han asistido a la ruta de promocion y mantenimiento de la salud.	Actas y listados de asistencia. Bases de seguimiento .
6	Apoyar la elaboración de informes que se requieran.	Realizacion de actas de reuinion.	Actas y Listados de asistencia
7	Participar en los cronogramas establecidos de capacitación.	Asistencia a las citaciones , reuniones virtuales y demas capacitaciones.	Actas y Listados de asistencia
8	Asistir a todas las citaciones que se realicen por parte de La Subred Norte o la Secretaria Distrital de Salud y al comité de seguimiento mensual.	Asistencia a las citaciones propuestas asi como a las reuniones virtuales y demas capacitaciones.	Actas y Listados de asistencia
9	Cumplir a cabalidad las normas de bioseguridad, protección y seguridad en la realización de los procesos y procedimientos de acuerdo con la normatividad vigente.	Cumplimiento de protocolos de bioseguridad uso adecuado de tapabocas,	Uso de EPP
10	Participar en el proceso de conformación y estrategia del equipo formador de formadores del convenio para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Promoción y Mantenimiento.	Asistencia a las reuniones de induccion de la ruta de promocion y mantenimiento de la salud.	Actas y Listados de asistencia
11	Acompañamiento al equipo dinamizador en acciones de articulación con los entes intersectoriales y trasnsectoriales.	Asistencia a las reuniones de induccion de la ruta de promocion y mantenimiento de la salud.	Actas y Listados de asistencia
12	Desarrollar las demás tareas que le sean delegadas acorde a lo contemplado en el Convenio 019 del 2020 Ruta Integral de Atención en Salud Promoción y Mantenimiento. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizacion de recorridos de reconocimento etnografico ,seguimiento y llamada a usuarios con desnutricion para seguimiento de entrega de suplemento alimentario, Entrega de bases de seguimiento filtradas según el momento del curso de vida ..	Bases de seguimiento.Actas y Listados de asistencia

Observaciones: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios

Yulieth Zoraida Piza R
Firma del Contratista

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

C.C. 52,309,135 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: **LORENZA BECERRA CAMARGO**

OK aprobado

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52309135	YULIETH ZORAIDA PIZA RODRIGUEZ	Cra 3 E N 9 a 85 int 2 casa 2 maz 5	3548707	negritapiza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-02	2021-02	I	01/03/2021	48810901	$281.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52309135	PIZA RODRIGUEZ YULIETH ZORAIDA	59	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS005	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14745277753

(415)7707212489984(8020) 000001474527775 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 3 0 9 1 3 5	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 ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52309135	1 9 9 4 0 6 2 0

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
PIZA	RODRIGUEZ	YULIETH	ZORAIDA

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 69 D 1 45 SUR AP 209 TO 2

42. Correo electrónico: negritapiza@hotmail.com

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9 5 0

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA
50 - No responsable de Consumo restauran

Obligados aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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 - 03 - 03 / 17 : 07: 06

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: PIZA RODRIGUEZ YULIETH ZORAIDA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Formulario del Registro Único Tributario

2 0 1 7

Concepto | 0 | 2 | Corrección

1 Número de Formulario

14745217755

IDENTIFICACIÓN

24 Tipo de Contribuyente: Persona natural o asimilada (régimen ordinario) | 2

25 Tipo de Documento: Cédula de Ciudadanía | 1 | 3

26 Número de Identificación: 1 9 4 0 9 2 0

27 Dirección seccional: Bogotá D.C.

28 Código de actividad económica principal: 6 4 9 9

29 Código de actividad económica secundaria

30 Código de actividad económica otros

31 Fecha de inicio actividades: 2 0 1 5 0 5 1 5

32 Fecha de terminación actividades

33 Código de responsabilidad: 4 8

34 Código de responsabilidad: 0 5

35 Código de responsabilidad: 4 2

36 Código de responsabilidad

37 Primer apellido: PIZA

38 Segundo apellido: RODRIGUEZ

39 Primer nombre: YULIETH

40 Otros nombres: ZORAIDA

41 Razón social

42 Nombre comercial

43 Sigla o nombre abreviado

UBICACIÓN

44 País: COLOMBIA

45 Departamento: 1 5 | Boyacá D.C.

46 Ciudad/Municipio: 1 1 | Bogotá, D.C.

47 Dirección seccional: Bogotá, D.C.

48 Código postal: 0 0 1

49 Dirección principal: CR 80 D 1 45 SUR AP 208 TO 2

50 Dirección de notificación: Registrarjp@hotmail.com

51 Con fin de espera

52 Teléfono 1: 3 8 4 8 7 2 0 7

53 Teléfono 2

54 Teléfono 3: 3 1 1 8 4 7 2 9 0 1 9

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Actividad económica

Actividad principal

55 Código: 6 4 9 9

56 Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 0 5 1 5

Actividad secundaria

57 Código

58 Fecha inicio actividad

Otras actividades

59 Código

60 Fecha inicio actividad

Ocupación

61 Código

62 Fecha inicio actividad

RESPONSABILIDADES, CALIDADES Y ATRIBUTOS

63 Código: 0 4 0

64 Tipo, clase y calidad: Régimen común

65 Responsable de IVA

66 No responsable de IVA

OBLIGACIONES ADUANERAS

94 Clase

Exportadores

95 Forma

96 Tipo

97 Modo

98 Clase

99 Clase

Para uso exclusivo de la DIAN

85 Firma: X

86 Número Folios: 0

87 Fecha: 24-03-2017 07:07:05

Este espacio es para uso exclusivo de la DIAN

Firma del responsable

Este espacio es para uso exclusivo de la DIAN

Firma del responsable

Este espacio es para uso exclusivo de la DIAN

Este espacio es para uso exclusivo de la DIAN

Este espacio es para uso exclusivo de la DIAN

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52309135	YULIETH ZORAIDA PIZA RODRIGUEZ		Cra 3 E N 9 a 85 int 2 casa 2 maz 5	3548707	negritapiza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	01/03/2021	48810901	$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

COPIA

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