

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-1A-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 5546-2020** C.D.F. No.: **2864** Proceso al que pertenece: **PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC**
Unidad a la que pertenece: **SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA**

Nombre del Contratista: **YECENIA ERMELINDA ROJAS PEREZ** C.C. **52,767,916** de: **BOGOTA**

Fecha Inicio: **2020-09-10** Fecha Terminación Inicial: **2020-10-31** Valor Mensual: **\$ 2,197,015** Valor a cobrar: **\$ 2,197,015**

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 80,000	3416	2020-09-10	2020-10-31
2	\$ 1,480,597	3615	2020-11-01	2020-11-20
3	\$ 728,358	3782	2020-11-21	2020-11-30
4	\$ 1,098,400	3952	2020-12-01	2020-12-15
5	\$ 3,331,343	4112	2020-12-16	2021-01-31
6	\$ 2,197,015	218	2021-02-01	2021-02-28
7	\$ 2,197,015	549	2021-03-01	2021-03-31
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	\$ 1,537,872		ANEXO AFILIACION
2	OCTUBRE	\$ 2,197,015	\$ 190,300	9410541278
3			\$ 272,100	9412527721
4	NOVIEMBRE	\$ 2,197,015		
5	DICIEMBRE	\$ 2,197,015	\$ 272,100	9413025125
6	ENERO	\$ 2,197,015	\$ 272,100	9414284311
7	FEBRERO	\$ 2,197,015	\$ 281,200	9414532408
8	MARZO	\$ 883,582	\$ 281,200	9416595081
		\$ 1,313,433		
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 3,661,600	\$ 5,950,555	\$ 5,931,902	\$ 18,653

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 actividades en la medida)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal o contenidas en el formato de necesidad personal que hace parte integral del presente contrato	Registro de ficha de notificación 346 para las pruebas realizadas en población identificada	Formatos diligenciados para las muestras realizadas
2 Apoyar la prestación de servicios en el PIC presentando la información y soportes que corresponden y al objeto actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	Muestreo covid	Pruebas realizadas en poblaciones identificadas
3 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Actualización de cronograma de actividades diarias según programación de líder del espacio vivienda	Realizar actualización diaria de actividades en drive
4 Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal o contenidas en el formato de necesidad personal que hace parte integral del presente contrato	Registro de ficha de notificación 346 para las pruebas realizadas en población identificada	Formatos diligenciados para las muestras realizadas
5 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 la prestación de servicios de salud	Registro de encuestas en aplicativo	Encuestas magnéticas realizadas

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

C.C. **52,767,916** de **BOGOTA**

[Firma del Contratista]
Firma del Contratista

FIRMA DEL LÍDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	ANGELICA MARIA MORENO TORRES CC 39579680
CARGO:	LÍDER COMPONENTE GESTIÓN DEL RIESGO
FIRMA	<i>[Firma]</i>
FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTÍNEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	<i>[Firma]</i>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 52767916		ROJAS PEREZ YECENA EMEQUINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA. 100 # 50 B 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	55555555		
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	69351716	9416595081	I	2021/03/04	2021/03/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte			
Sucesos: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$22,200			\$0				\$0	\$0			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$22,200			\$0				\$0	\$0			
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$22,200			\$0				\$0	\$0			
1	CC	52767916	ROJAS YECENA	25-14	30	\$908,526	\$145,400	EP5017	30	\$908,526	\$113,600	0		\$0	\$0	14-7	30	\$908,526	\$22,200	0		\$0				\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$22,200			\$0				\$0	\$0			

PS-SS46-2020

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación		dv		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
CC 52767916				ROJAS PEREZ YECENIA ERMELINDA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		cta. 100 # 50 B 45		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		55555555		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	69351716		9416595081			1			2021/03/04		2021/03/04		BANCO DE OCCIDENTE		0	\$281,200
RESUMEN DE PAGO																	
RIESGO		CODIGO		NIT		DV		AFLIADOS		VALOR LIQUIDADO		INTERESES MORA		SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								1		\$145,400		\$0		\$0		\$145,400	
COLPENSIONES		25-14		900.336.004		7		1		\$145,400		\$0		\$0		\$145,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								1		\$22,200		\$0		\$0		\$22,200	
SEGUROS BOLIVAR		14-7		860.002.503		2		1		\$22,200		\$0		\$0		\$22,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								1		\$113,600		\$0		\$0		\$113,600	
FAMISANAR		EPS017		830.003.564		7		1		\$113,600		\$0		\$0		\$113,600	
TOTAL								1		\$281,200		\$0		\$0		\$281,200	

PS-SS46-2020

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS. APORTES EN LINEA
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 9416595081
NUMERO DE APROBACION 351716
Fecha: 03/03/2021 19:26:50
DV: 744941
NUM. TRANSACCION 1031739398
Valor \$281.200,00

Yecenia Eiminda Rojas Rm
PS- 5546-2020

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE
OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE
IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA
INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO
OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL:
018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL
PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA
DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO
Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO.
SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION
ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO
CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO
REALIZADO, INFORME DE MANERA INMEDIATA
AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA
HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR.
DE LO CONTRARIO, NI EFECTIVO NI BANCO DE
OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA
RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS
POSTERIORES.

PS Recaudador: 907263 BOSA LIBERTAD
CLL 57 SUR

Cajero: VUALSALO

Recibi Conforme: _____

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 14743951731			
		 (415)7707212489984(8020) 000001474395173 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 7 6 7 9 1 6		6. DV 2	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 5 2 7 6 7 9 1 6	
27. Fecha expedición 1 9 9 8, 0 4, 0 3		28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		31. Primer apellido ROJAS		32. Segundo apellido PEREZ	
33. Primer nombre YECENIA		34. Otros nombres ERMELINDA		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal CR 100 50 B 45	
42. Correo electrónico rojasyecenia13@gmail.com		43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 0 3 9 9 2 8 7 7	
45. Teléfono 2		46. Código 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 4, 0 3, 2 6	
48. Código		49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2	
51. Código		52. Número establecimientos		53. Código	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
Obligados aduaneros					
Exportadores					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
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 ☐		60. No. de Folios: 2		61. Fecha 2021 - 02 - 25 / 09 : 08: 18	
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016			Firma autorizada:		
Firma del solicitante:			984. Nombre VARGAS CUELLAR DIANA CAROLINA 985. Cargo Analista V		