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 4034 2021	C.D.P. No.:	581	Proceso al que pertenece:	DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
				Unidad a la que pertenece:	DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

Nombre del Contratista:	EMILI YURANI CASTIBLANCO RAMIREZ	C.C.	53,053,223	de:	BOGOTÁ D.C
Fecha Inicio:	2021-02-22	Fecha Terminación Inicial:	2021-03-23	Valor Mensual:	$ 2.064.000
Valor a cobrar:	$ 1.548.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
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	FEBRERO	$ 550.400		
2	MARZO	$ 1.848.000	$ 65.700	941780245O
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.752.000	$ 2.752.000	$ 2.098.000	$ 654.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÒN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-03-01 **Hasta:** 2021-03-23

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Utilizar las medidas y elementos de protección personal	uso de los EPP suministrados a diario como medida de seguridad para el vacunador y los usuarios.	registro de entrega de EPP
2	Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria.	recepción, alistamiento de los insumos y se revisión los biologicos al inicio de cada jornada.	formato de movimiento diario del biológico
3	Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacúnales.	Se brinda al usuario la información sobre el procedimiento, cuidados post vacunales y posibles reacciones para recibir su aprobación y firma.	formato de concentimiento informado
4	Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura	seguimiento de los lineamientos establecidos para la aplicación del biologico en cada procedimineto realizado.	formato de concentimiento informado firmado por el vacunador
5	Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico.	se indica a cada usuario el tiempo de permanencia en sala de espera luego de la aplicación del biologico para su seguimiento.	formato de conocimiento informado
6	Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos	verificación del estado de los paquetes fifco y de ser necesario, realizar el cambio para la conservación de la temperatura y buen estado de los bilógicos.	registro de temperatura en acta del dia
7	Mantener el movimiento de biológico actualizado.	No se realiza esta actividad.	NA
8	Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros.	diariamente se realizan las actividades de limpieza y desinfección a las diferentes superficies e implementos, según lo descrito en el cronograma	Cronograma de actividades y formato diario de actividades
9	En la segundadosis de vacuna (si aplica), indagar al usuario si presentó algún ESAVI. Si cumple con criterios de ESAVI-grave notificar según el Protocolo Nacional de ESAVI-298 delINS.	A la fecha no se ha realizado la aplicación de segundas dosis	NA

Observaciones: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios

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

Emilycastiblanco R
Firma del Contratista

C.C. 53,053,223 de BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTORA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
FIRMA	

V°B° L.T.V°

Ok aplicature

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53053223		CASTIBLANCO RAMIREZ EMILI YURANI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 53f n 3-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	9417802450	9417802450	I	2021/03/05	2021/03/24	BANCO BOGOTA	18	$65,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$211,990	$34,000			$211,990	$26,500			$0	$0			$211,990	$5,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$211,990	$34,000			$211,990	$26,500			$0	$0			$211,990	$5,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$211,990	$34,000			$211,990	$26,500			$0	$0			$211,990	$5,200		$0	$0
1	CC 53053223	CASTIBLANCO EMILI	230201	7	$211,990	$34,000	EPS005	7	$211,990	$26,500		0	$0	$0	14-11	7	$211,990	$5,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$211,990	$34,000			$211,990	$26,500			$0	$0			$211,990	$5,200		$0	$0

2021/03/23 03:16 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53053223		CASTIBLANCO RAMIREZ EMILI YURANI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 53f n 3-19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	9417802450	9417802450	I	2021/03/05	2021/03/24	BANCO BOGOTA	18	$65,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,000	$0	$0	$34,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$34,000	$0	$0	$34,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,200	$0	$0	$5,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,200	$0	$0	$5,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,500	$0	$0	$26,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$26,500	$0	$0	$26,500
TOTAL				1	$65,700	$0	$0	$65,700

2021/03/23 03:16 PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14747238855

(415)7707212489984(8020) 000001474723885 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 0 5 3 2 2 3	6	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	53053223	2 0 0 2 1 0 0 1

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
CASTIBLANCO	RAMIREZ	EMILI	YURANI

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 53 F 3 A 19

42. Correo electrónico: castiblancoramirez@hotmail.com

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

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										
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 - 14 / 16 : 14: 16

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 CASTIBLANCO RAMIREZ EMILI YURANI
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 14-03-2021 04:19:07PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO