Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION 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:	1939/201	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista:	LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ	C.C.	1.023.893.122	de:	BOGOTA		
Fecha Inicio:	2018-02-01	Fecha Terminación inicial:	2019-03-03	Valor Mensual:	$ 4.119.403	Valor a cobrar:	$ 2.059.701

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.300.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 9.884.820	738	2019-04-04	2019-08-03
3				2019-12-02
4	$ 7.253.980	2988	2019-12-03	2020-02-03
5	$ 1.535.924	3563	2020-02-04	2020-03-03
6	$ 1.702.460	407	2020-02-04	2020-03-03
7	$ 3.404.940	597	2020-03-04	2020-04-03
8	$ 3.404.940	960	2020-04-04	2020-05-03
9	$ 3.404.940	1397	2020-05-04	2020-06-03
10	$ 3.926.463	1499	2020-06-04	2020-07-03
11	$ 8.194.029	1657	2020-07-04	2020-08-31
12	$ 8.238.806	2710	2020-09-01	2020-10-31
13	$ 2.776.119	3615	2020-11-01	2020-11-20
14	$ 1.365.672	3782	2020-11-21	2020-11-30
15	$ 2.060.000	3952	2020-12-01	2020-12-15
16	$ 6.246.269	4112	2020-12-16	2021-01-31
17	$ 4.119.403	218	2021-02-01	2021-02-28
18	$ 4.119.403	549	2021-03-01	2021-03-31
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	Febrero	$ 3.300.000	$ 408.400	8488512697
2	Marzo	$ 3.300.000	$ 408.400	8489359879
3	Abril	$ 3.404.940	$ 421.500	8490497241
4	Mayo	$ 3.404.940	$ 421.500	8492968903
5	Octubre	$ 3.404.940	$ 236.100	8496467919
6	Noviembre	$ 3.404.940	$ 421.500	8497911548
7	Diciembre	$ 3.404.940	$ 421.500	9400053436
8	Enero	$ 1.702.470	$ 421.500	9401141993
9	Febrero	$ 1.702.470	$ 271.700	9402200876
10	Marzo	$ 3.404.940	$ 271.700	9403228766
11	Abril	$ 3.404.940	$ 421.500	9404696050
12	Mayo	$ 3.404.940	$ 244.400	9405400887
13	Junio	$ 333.092	$ 244.400	9406491175
14		$ 3.716.408		
15	Julio	$ 4.119.403	$ 497.000	9408231540
16	Agosto	$ 4.119.403	$ 509.900	9409352937
17	Septiembre	$ 4.119.403	$ 509.900	9409740717
18	Octubre	$ 4.119.403	$ 509.900	9410851687
19	Noviembre	$ 4.119.403	$ 509.900	9411944938
20	Diciembre	$ 4.119.403	$ 509.900	9413082945
21	Enero	$ 4.119.403	$ 509.900	9414302071
22	Febrero	$ 4.119.403	$ 509.900	9415441873
23	Marzo	$ 2.059.701	$ 509.900	9416653596
24				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.630.000	$ 78.568.168	$ 76.308.885	$ 2.259.283

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESES

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 2021-03-01 Hasta: 2021-03-15

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Participación en reunión de equipo y reunión de activación de rutas.	Acta y listado de asistencia a cargo de la coordinadora GPAISP
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.	Seguimiento al tablero de control, apoyo en la administración de TDO, georreferenciación y recepcion de georreferenciaciones, canalización de casos a la EAPB, solicitud de medicamentos	Diligenciamiento mensual del tablero de control, tarjetas de tratamiento, correos electronicos.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Presentación de cronograma y pre auditoria.	Envío mensual a través de correo electronico a la coordinacion de GPAISP
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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Informe mensual, participación en asistencias técnicas convocadas desde SDS, diligenciamiento plan de acción, diligenciamiento matriz , envio y reporte de informes y bases de acuerdo a requerimiento	Envío a traves de correo electronico, actas y listados de asistencia, Drive de actulizacion matriz , correos electronicos
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Visitas docmiciliarias de acuerdo a programación y requerimiento,	Documento de visita domiciliaria.
6			
7			
8			
9			
10			

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. 1.023.893.122 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE
CARGO:	COORDINADOR GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

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 1023893122		BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL22ASURN2 39TORRE1APT516	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3617313	SI

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	905582857	9416653596	I	2021/03/05	2021/02/26	BANCOLOMBIA	0	$509,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,648,000	$263,700			$1,648,000	$206,000			$0	$0			$1,648,000	$40,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,648,000	$263,700			$1,648,000	$206,000			$0	$0			$1,648,000	$40,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,648,000	$263,700			$1,648,000	$206,000			$0	$0			$1,648,000	$40,200		$0	$0
1	CC	1023893122	BERNAL LEIDY	25-14	30	$1,648,000	$263,700	EPS037	30	$1,648,000	$206,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,648,000	$40,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,648,000	$263,700			$1,648,000	$206,000			$0	$0			$1,648,000	$40,200		$0	$0

2021/02/26 03:03 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 1023893122		BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL22ASURN2-39TORRE1APT516	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3617313	Si

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	905582857	9416653596	I	2021/03/05	2021/02/26	BANCOLOMBIA	0	$509,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$263,700	$0	$0	$263,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$263,700	$0	$0	$263,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,200	$0	$0	$40,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$40,200	$0	$0	$40,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$206,000	$0	$0	$206,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$206,000	$0	$0	$206,000
TOTAL				1	$509,900	$0	$0	$509,900

Formulario del Registro Único Tributario

001

7. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14740480625

(415)7707212489984(8020) 000001474048062 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 3 8 9 3 1 2 2	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 Ciudadania 1 3	1023893122	2008/02/13

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
BERNAL	SANCHEZ	LEIDY	CAROLINA

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 22 A SUR 2 39 TO 1 AP 516

42. Correo electrónico lakaro0505@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 9 5 9 1 3 1	3 1 7 7 7 5 0 8 2 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
8692	2016/09/12						

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

	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 - 10 / 17 : 03: 51

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 BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN VALIDEZ

Cuenta de cobro 003 - 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ
C.C. 1023893122 de Bogota

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS UN PESOS ($2059701)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1939 de 2019 correspondiente al mes de 1-15 marzo de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

LEIDY CAROLONA BERNAL SANCHEZ
C.C. 1023893122 de bogota
Teléfono: 3177750829 Dirección:CL 22ª SUR 2 39 TORRE 1 APTO 516
No Cuenta 004870414341 ahorros Davivienda

Fecha: 31/Mar/2021