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:	1632 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

Nombre del Contratista:	YOJANHA SMITH GALINDO MORA	**C.C.**	52.976.436	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2019-03-03	**Valor Mensual:**	$ 3.570.149
				Valor a cobrar:	$ 1.785.075

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-04
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.400	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-21
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-22	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.095.400	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.058.441	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 7.302.762	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 7.140.300	1657	2020-08-01	2020-10-31
15	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.785.075	3919	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 5.355.224	4112	2020-12-16	2021-01-31
19	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
20	$ 3.570.000	549	2021-03-01	2021-03-31
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.250	8333037947
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.250	8334982121
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.250	34982134
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 371.250	34982134
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.400	35504520
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 383.200	36033214
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	36717758
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	37389907
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	38073221
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	38649536
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	39272070
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 383.200	39940143
13	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 383.200	40551260
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 383.200	41187268
15	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	41936325
16	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	42548927
17	JUNIO	$ 302.814	$ 383.200	43378097
18	JUNIO	$ 3.220.898		43378097
19	JULIO	$ 3.614.000	$ 441.800	44295997
20	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 440.499	44043647
21	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.800	45249407
22	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.800	769357717
23	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.800	795890171
24	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.800	826703310
25	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.800	47843235
26	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.800	48493571
27	MARZO	$ 1.785.075	$ 441.800	49101684
28				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 85.212.283	$ 83.249.430	$ 1.962.854

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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:** 2021-03-15

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS 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	Jornadas de prevencion, reuniones inherentes a las acciones del espacio trabajo como Mesa de canalizaciones, asistencias tecnicas con SDS	Listados de asistencia
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.	Acciones correspondientes a gestión documental Reuniones Apoyo a jornadas	Bases de datos Inventario gestios documental
3	Auditoria	Alistamiento de auditoria Presentacion de audioria	Documentacion auditada
4			
5			
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

Yojanha Galindo.
Firma del Contratista

C.C. 52.976.436 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ARGENIS IBARRA SALAZAR- CC 59794505
CARGO:	APOYO ESPACIO TRABAJO
FIRMA	
FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN - CC 80728972
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
FIRMA	

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	52976436	YOJANHA SMITH GALINDO MORA		CRA 52 14 40 AP 225	3127340570	yoagalindo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	05/03/2021	49101684	$441.800	

LLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza Exterior	Dependiente	MG	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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
52976436	GALINDO MORA YOJANHA SMITH	59	0			N																	230301	1.428.000	228.500	0	0	0	0	EPS010	1.428.000	178.500	14-7	1.428.000	3	34.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BBVA

Pago exitoso

$441,800.00

04 Mar, 2021 -- 06:37 PM

Producto o servicio	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social **COMPENSAR-OI**
Pagaste con	Cuenta de Ahorros **•3783**
Código de confirmación (CUS)	913599127
IP	186.84.89.239

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14742942245

(415)7707212489984(8020) 000001474294224 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 7 6 4 3 6	5	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	52976436	2001 11 08

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
GALINDO	MORA	YOJANHA	SMITH

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 79 A 05 27 BL 6 AP 403

42. Correo electrónico: yoagalindo@gmail.com

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

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 4 0 3 1 3	7 2 2 0	2 0 1 4 0 2 0 3			4 1 2 1	

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

54. Código

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 - 02 - 19 / 16 : 07: 58

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 GALINDO MORA YOJANHA SMITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Cuenta de cobro 003 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

YOJANHA SMITH GALINDO MORA
C.C. 52976436 de BOGOTA

LA SUMA DE:

Un millón setecientos ochenta y cinco mil setenta y cuatro pesos ($1.785.074)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1632 de 2019 correspondiente de 1 al 15 de marzo de 2021

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

Cordialmente,

Yojanha Galindo.

Yojanha Smith Galindo Mora
C.C. 52976436
Teléfono: 3003085051 Dirección: Cra 52 14 40 T4-225
No Cuenta 0552173783 ahorros BBVA

Fecha: 31/Mar/2021

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:	1632 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

Nombre del Contratista: YOJANHA SMITH GALINDO MORA **C.C.** 52.976.436 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 1.785.075

ADICIÓN/ OTRO S:	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-04
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.400	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-21
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-22	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.095.400	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.058.441	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 7.302.762	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 7.140.300	1657	2020-08-01	2020-10-31
15	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.785.075	3919	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 5.355.224	4112	2020-12-16	2021-01-31
19	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
20	$ 3.570.000	549	2021-03-01	2021-03-31
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.250	8333037947
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.250	8334982121
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.250	34982134
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 371.250	34982134
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.400	35504520
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 383.200	36033214
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	36717758
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	37389907
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	38073221
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	38649536
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	39272070
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 383.200	39940143
13	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 383.200	40551280
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 383.200	41187268
15	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	41936325
16	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	42548927
17	JUNIO	$ 302.814	$ 383.200	43378097
18	JUNIO	$ 3.220.898		43378097
19	JULIO	$ 3.614.000	$ 441.800	44296997
20	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 440.499	44043647
21	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.800	45249407
22	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.800	769357717
23	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.800	795890171
24	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.800	826703310
25	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.800	47843235
26	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.800	48493571
27	MARZO	$ 1.785.075	$ 441.800	49101684
28	MARZO	$ 1.785.075		

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 85.212.283	$ 85.034.504	$ 177.779

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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:** 2021-03-16 **Hasta:** 2021-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS 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	Jornadas de prevencion, reuniones inherentes a las acciones del espacio trabajo como Mesa de canalizaciones, asistencias tecnicas con SDS	Listados de asistencia
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.	Acciones correspondientes a gestión documental Reuniones Apoyo a jornadas	Bases de datos Inventario gestios documental
3	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentron de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y	Auditoria Informe mensual	Evidencia de envío de informe
4	Gestión del riesgo con personas vinculadas a las actividades sexuales pagadas	Caracterización Social y Ambiental Plan de Trabajo para la gestión del riesgo Asesorías psicosociales Tamizajes en salud mental	Formatos de caracaterizacion Formatos A1 Formatos de tamizaje ASSIST y SRQ
5	Gestión del riesgo con personas vinculadas a las actividades sexuales	Colectivos para los derechos en salud	Formatos A1
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

Yojanha Galindo.
Firma del Contratista

C.C. 52.976.436 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ARGENIS IBARRA SALAZAR- CC 59794505
CARGO:	APOYO ESPACIO TRABAJO
FIRMA	
FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN - CC 80728972
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
FIRMA	

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	52976436	YOJANHA SMITH GALINDO MORA	CRA 52 14 40 AP 225	3127340570	yoagalindo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-02	2021-02	I	05/03/2021	49101684	TOTAL A PAGAR	
					$441.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.500	0		0		0	0	0	0	178.500	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	228.500	0	0	0	0	0	0		228.500	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.800				34.800	0	0	34.800			348	34.800	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	178.500	178.500
Pensión	1	228.500	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	441.800	441.800

PAGADA

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

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	52976436	YOJANHA SMITH GALINDO MORA	CRA 52 14 40 AP 225	3127340570	yoagalindo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	05/03/2021	49101684	$441.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. residente	Exonerado	INGRESO	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	52976436	GALINDO MORA YOJANHA SMITH	59	0			N																	230301	1.428.000	228.500	0	0	0	0	EPS010	1.428.000	178.500	14-7	1.428.000	3	34.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BBVA

Pago exitoso

$441,800.00

04 Mar, 2021 -- 06:37 PM

Producto o servicio	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social **COMPENSAR-OI**
Pagaste con	Cuenta de Ahorros **•3783**
Código de confirmación (CUS)	913599127
IP	186.84.89.239

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14742942245

(415)7707212489984(8020) 000001474294224 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 7 6 4 3 6	5	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	52976436	2001 11 08

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
GALINDO	MORA	YOJANHA	SMITH

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 79 A 05 27 BL 6 AP 403

42. Correo electrónico: yoagalindo@gmail.com

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

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 6 9 2	2014 03 13	7 2 2 0	2014 02 03			4 1 2 1	

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
54. Código										
	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 - 02 - 19 / 16 : 07: 58

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 GALINDO MORA YOJANHA SMITH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 19-02-2021 04:08:17P

DOCUMENTO GENERADO EN SIIS

Cuenta de cobro 003 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

YOJANHA SMITH GALINDO MORA
C.C. 52976436 de BOGOTA

LA SUMA DE:

Un millón Setecientos ochenta y cinco mil setenta y cinco pesos ($1.785.075)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1632 de 2019 correspondiente de 16 al 31 de marzo de 2021

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

Cordialmente,

Yojanha Galindo.

Yojanha Smith Galindo Mora
C.C. 52976436
Teléfono: 3003085051
Dirección: Cra 52 14 40 T4-225
No Cuenta 0552173783 ahorros BBVA

Fecha: 31/Mar/2021