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: 01
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS	PS 3245 2021	C.D.P. No.	370	Proceso al que pertenece	APOYO A LA GESTION
				Unidad a la que pertenece	CARCEL DISTRITAL
Nombre del Contratista	LIC ARIDELA MARTINEZ			C.C.	52 732 235 de BOGOTA
Fecha Inicio	2021-02-16	Fecha Terminación Inicial	2021-03-31	Valor Mensual	$ 1.707.480 Valor a cobrar: $ 1.161.560

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.487.160	370	2021-04-01	2021-04-30
2				
3				
4				
5				
6				
7				
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	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.543.240	$ 253.000	5415499147
2	MARZO	$ 1.703.560	$ 253.000	5416498518
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.525.120	$ 5.012.280	$ 3.304.800	$ 1.707.480

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN 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 asignadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios como auxiliar de enfermeria, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en actualización de bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunacion, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y segun disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la subred.	Se prestan los servicios como auxiliar en lo relacionado con actividades de promocion de la salud y prevencion de la enfermedad, en actualizacion de bases de datos asignacion de citas demanda inducida seguimiento vacunacion esterelizacion desinfeccion de consultorios y demas procedimientos actividades y reportes que se derivan de la atencion	historia clinicas Carpetas de desinfeccion
2	2.Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes	Se apoya los procesos relacionados con SIVIGILA IAAD BAI EEVVA y seguimiento a las cohortes	Documentos
3	Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred	Se realizan las actividades de educacion a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred	formatos
4	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales	Se cumple con las normas de bioseguridad, limpoeza y desinfeccion conforme a los protocolos y guis institucionales	planillas
5	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se apoyan las actividades relacionados con el proceso de acreditacion de la subred integrada de servicios de salud centro oriente	

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. 52 732 235 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GUILLERMO RUBIO GUZA
CARGO:	LIDER CARCEL DISTRITAL
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 1 Mes Marzo de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: LIZ ANDREA MARTINEZ
CC 52.732.235

La suma de: $1.762.560

Total, Horas: 192

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3246 2021, correspondiente al mes de Marzo 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

L.12.M.

C.C. No. 52.732.235
Teléfono: 3104618119.

Escaneado con CamScanner

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 52732235		MARTINEZ AVILA LIZ ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 53 a sur #87 b 09 apto 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7288419	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	908783517	9416948512	I	2021/03/08	2021/03/01	BANCO DE BOGOTA	0	$276,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$276,600	$0	$0	$276,600

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 Concepto [0][2] Actualización

4. Número de formulario: 14722753743

(415)7707212488984(8020) 000001472275374 3

5 Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 7 3 2 2 3 5 | 6 DV: 4

12 Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13 Buzón electrónico: 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	5 2 7 3 2 2 3 6	2 0 0 1 0 2 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
MARTINEZ	AVILA	LIZ	ANDREA

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 53 A SUR 87 B 09

42 Correo electrónico: lizanmavi@hotmail.com

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

53 Código: 20

54 Ocupación NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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: 61 [X] SÍ [ ] NO / 60. No de Folios: 1 / 61. Fecha: 2020 / 11 / 27 16 : 20 : 55

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión o 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 correspondientes a la suspensión, según el caso, conforme lo dispuesto en los artículos 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016.

Firma del suscriptor

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

962. Nombre: REINO LOPEZ JOSLYNE ELENA

963. Cargo: Gestor I

COPIA NO VALIDO PARA TRAMITES
Escaneado con CamScanner