OS 4238-2020.

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 – 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:	4238-2020	C.D.P. No.:	1348	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
Nombre del Contratista:	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE			C.C.	53.159.949 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-05-20	Fecha Terminación incial:	2020-06-03	Valor Mensual:	$ 5.217.910 Valor a cobrar: $ 5.529.810

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.031.738	1494	2020-06-04	2020-07-03
2	$ 11.111.434	1657	2020-07-04	2020-08-31
3	$ 10.000.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
4	$ 3.516.418	3615	2020-11-01	2020-11-20
5	$ 1.729.851	3782	2020-11-21	2020-11-30
6	$ 2.608.936	3919	2020-12-01	2020-12-15
7	$ 7.826.865	4112	2020-12-16	2021-01-31
8	$ 5.217.910	218	2021-02-01	2021-02-28
9	$ 5.217.910	549	2021-03-01	2021-03-31
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	MAYO	$ 1.639.648	$ 468.200	42278806
2	JUNIO	$ 434.029	$ 559.900	43312027
3		$ 4.707.462		
4	JULIO	$ 5.217.910	$ 658.400	43826395
5	AGOSTO	$ 5.217.910	$ 658.400	44424954
6	SEPTIEMBRE	$ 5.217.910	$ 658.400	45173030
7	OCTUBRE	$ 5.217.910	$ 658.400	45904071
8	NOVIEMBRE	$ 5.217.910	$ 658.400	789678891
9	DICIEMBRE	$ 5.217.910	$ 658.400	47051877
10	ENERO	$ 5.217.910	$ 658.400	47701282
11	FEBRERO	$ 5.217.910	$ 658.400	48278363
12	MARZO	$ 2.608.936	$ 658.400	49159465
13		$ 2.920.874		
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
$ 2.809.968	$ 54.071.030	$ 54.054.229	$ 16.801

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO-PAI , 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 estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollo de acciones integrales establecidas por el anexo operativo de Gestión de programas y acciones de interes en salud publica, y especificas Seguimiento al equipo de auxiliares a cargo para la identificación de la población pendiente por iniciar, continuar y completar los esquemas de vacunación a través del módulo de seguimiento a cohorte del Aplicativo PAI versión 2.0 y gestionar la intervención en las mismas.	Producto en medio Magnetico y fisico
2	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.	Apoyo continúo a las diferentes actividades programadas o no programadas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, con entrega oportuna de los productos Envío de informes mensuales en los tiempos estipulados a Secretaria Distrital de Salud y la Coordinación del Programa. Alistamiento y entrega de las preauditorias y productos auditables a la Coordinación del programa o ente que lo requiera.	Producto en medio Magnetico
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realización y envío de Cronograma mensual, revisión y envío del cronograma de los Auxiliares del equipo de seguimiento a cohortes del programa. Verificación del cumplimiento de las actividades propuestas por cronograma mensual.	Producto en medio Magnetico
4	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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Supervisar el desarrollo de actividades del equipo de seguimiento a cohortes, encaminado al cumplimiento de coberturas de vacunación. Desarrollar las acciones dispuestas en plan de accion/cronograma según los componentes establecidos por SDS para la Gestión de programas y Acciones de interes en salud pública: Planeación: Planificar y orientar la gestión operativa, Gestión y Ejecución de Acciones Extramurales y Gestión en IPS.	Producto en medio Magnetico
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	En preauditoria se presentan actas y soportes de ejecución según los componentes, planeación : Planificar y orientar la gestión operativa . Gestión en IPS: Asesoria y asistencia tecnica en IPS publicas y privadas.	Producto en medio Magnetico y fisico

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

Diana Beltran A.
Firma del Contratista

C.C. 53.159.949 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Luz Adriana Castañeda
CARGO:	Referente de Gestión de Programas y Acciones
FIRMA	

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE	**Nit:**	53159949
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Febrero 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Febrero 2021
Número de radicación:	49159465	**Total a pagar:**	$658,400
Fecha de vencimiento:	10/03/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	08/03/2021	**Número de administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	916096266
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$50,900
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$334,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$12,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$260,900
						$658,400

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transaccion

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara. Acerca de los certificados SSL

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	53159949	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE	CARRERA 90 BIS NO 76 51 APTO 502 INT 36	4373248	NANITA969@HOTMAIL.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	08/03/2021	49159465	$658.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	260.900	0		0		0	0	0	0	260.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	334.000	0	0	0	0	0	0		334.000	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	50.900				50.900	0	0	50.900			509	50.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	12.600	0	0	12.600	1

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	260.900	260.900
Pensión	1	334.000	334.000
Riesgos Laborales	1	50.900	50.900
CCF	1	12.600	12.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	658.400	658.400

PAGADA

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743877887

(415)7707212489984(8020) 000001474387788 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 1 5 9 9 4 9	0	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	53159949	2003/07/28

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
BELTRAN	AGUIRRE	DIANA	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: CR 90 BIS 76 51 IN 36 AP 502

42. Correo electrónico: carolinabeltran600@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 7 5 3 1 7 1	

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	2 0 1 0 0 9 0 7						

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 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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 - 24 / 18 : 23: 41

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 BELTRAN AGUIRRE DIANA CAROLINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO