C-1985

2019.

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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1985-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS- PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA-PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista: ANGIE MARIANA ACOSTA **C.C.** 1.033.711.846 de BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 1.791.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.835.095	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.540.866	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-01-09	2020-10-31
15	$ 1.480.597	3615	2020-11-21	2020-11-20
16	$ 728.350	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 3.331.343	4112	2020-12-16	2021-01-31
19	$ 2.197.015	218	2021-02-01	2021-02-28
20	$ 2.197.000	549	2021-03-01	2021-03-31
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488374003
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8333272760
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8333887066
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8334508437
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8335377477
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	8335749625
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8336413668
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337045023
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337671836
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8338343572
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8338969676
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	8339646163
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340264141
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340909601
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	8341585690
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	8342519114
17	JUNIO	$ 156.438	$ 157.600	8342943812
18		$ 1.982.040		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	8343901444
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	8344362808
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	8344997470
22			$ 400	8345379294
23	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8345639636
24	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346288524
25	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346925790
26	ENERO	$ 2.041.740	$ 272.100	8347632099
27	FEBRERO	$ 2.197.015	$ 281.200	8348216504
28	MARZO	$ 1.791.000	$ 281.200	8348868141
29				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 47.553.945	$ 46.840.123	$ 713.822

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.	Producto en fisico
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento	Producto en fisico y en magnético
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual	Producto en fisico y en magnético
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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo	Producto en fisico y en magnético
5	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.	Realizar tacticas de vacunacion casa casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar.	Producto en fisico y en magnético

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Angie Acosta.
Firma del Contratista

C.C. 1.033.711.846 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DIANA CAROLINA BELTRAN
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3
FIRMA	Diana Beltran A

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	Adriana

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO
No. Identificación: CC1033711846
Dirección: CR 12 53 B 19 SUR ESTE
Telefono: 3716397
Correo: angie36200@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8348868141

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO
Tipo y número de identificación	CC1033711846
Número de planilla	8348868141
Fecha pago	2021-03-10
Número de autorización pago	52172888
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2021
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2021
Número de Administradoras	4
Total Pagado	286700
Total Intereses de Mora	0

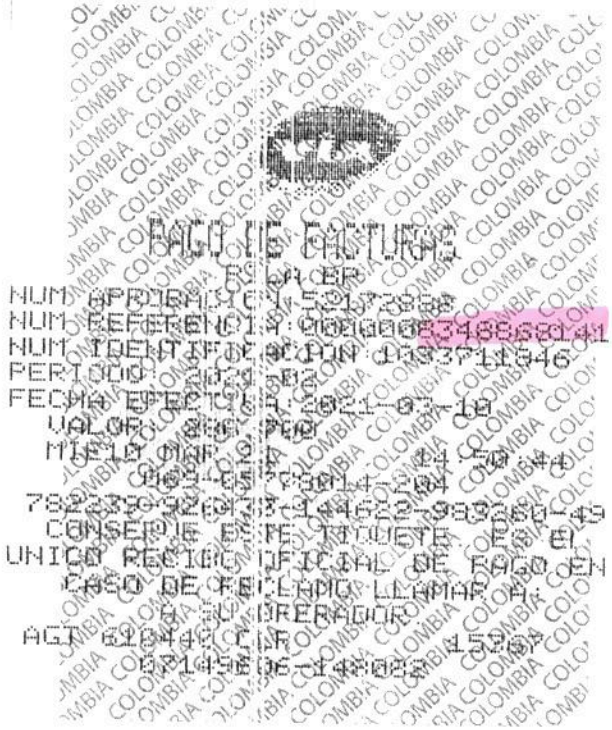
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	22200	1
230301	Porvenir	145400	1
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	5500	1
EPS008	Compensar EPS	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033711846
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	908526	908526	908526	908526	113600	0	145400	0	22200	0

Angie Acosta

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



PAGUE SU FACTURA

ESSA EP

NUM APROBACION 1521738

NUM REFERENCIA 900100034886801441

NUM IDENTIFICACION 1033711946

PERIODO 2021-09

FECHA EFECTIVA 2021-09-10

VALOR $65,700

MIELD MUNICIPAL

0604-CS-30014-204 44 50 644

78233-32603-14462-98326-49

CONSERVE ESTE TIQUETE COMO EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN

CASO DE RECLAMO LLAMAR A

SU OPERADOR

AGT 61044 CAJA 15267

07145E36-14:02:23

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743905842

(415)7707212489984(8020) 000001474390584 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 3 7 1 1 8 4 6	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	1033711846	2007/07/23

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
ACOSTA	NIÑO	ANGIE	MARIANA

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 D ESTE 11 28 SUR

42. Correo electrónico: angie36200@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 5 8 8 5 2 6 4	3 1 2 3 4 7 6 0 3 2

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
8692	2012/03/30	8299	2015/04/14					

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 - 24 / 19 : 31: 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 ACOSTA NIÑO ANGIE MARIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO