PS 394 -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**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS -3917-2021 | **C.D.P. No.:** | 149 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS- PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA- PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION |
| **Nombre del Contratista:** | LYNA ROCIO MUÑOZ GOMEZ | | | **C.C.** | 1.013.609.828 BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021-02-16 | **Fecha Terminación incial:** | 2021-02-28 | **Valor Mensual:** | $ 2.197.000 |
| | | | | **Valor a cobrar:** | $ 1.791.000 |

| ADICIÓN/ OTRO | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.197.000 | 549 | 2021-03-01 | 2021-03-31 |
| 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 SEGURID | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 955.200 | $ 281.200 | 9415449260 |
| 2 | MARZO | $ 1.791.000 | $ 281.200 | 9416625273 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 1.244.944 | $ 3.441.944 | $ 2.746.200 | $ 695.744 |

## 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) | DESCRIPCION 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 físico 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 físico 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 físico 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 físico y en magnético |

**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

Lyna Muñoz
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.013.609.828 **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** | |

MAR 05 2021 13:17:20 REMICT 8.66
EXITO VEINTE DE JULIO
CLL 21SUR 5A-34
CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTA
C.UNICO: 0012789152 TER: 80001378
C.BANC: 0001
ID CAJERO: 0023911004
RECIBO: 024197 RRN: 034195
RECAUDO APRO: 396412
SERVICIO: 1506
FACTURA: 00000000000000009416625273
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 299.400

BANCO DE BOGOTA es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518877
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2021/02
VALOR PLANILLA: $ 299.400
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 03/05
*** CLIENTE ***

EXITO 20 DE JULIO
COMPRA Y RECOGE 3054829046

176930 PILA APORTES LINEA 299.400
Factura: 9416625273
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 299.400
EFECTIVO 300.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.9416625273 Apro:396412 BANCO:0001
CAMBIO 600
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

| TARIFA | COMPRA | BASE/IMP. | IVA |
|---|---|---|---|
| =00% | 299400 | 299400 | 0 |
| TOTAL= | 299400 | 299400 | 0 |

TIQUETE :0284 110699350
RES.DIAN# 18764003212256 DE27/AGO/2020
RANG.AUT.0284 110698784 al 119999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
Este tiquete puede tener
Bienes Exentos Dec 417 17-3-20

-
05/MAR/2021 13:17 0284 11 0260 1004

284 - N34GT

JUNTOS SALDREMOS ADELANTE

H3917
Lyna Mar
CC: 1013609826
Aux. Enfermería

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1013609828 | | MUÑOZ GOMEZ LYNA ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | call 21 sur # 12a-21 este | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | 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 | 1000001190 | 9416625273 | I | 2021/03/05 | 2021/03/05 | BANCO BOGOTA | 0 | $299,400 |

**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 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $18,200 | $0 | $0 | $18,200 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $18,200 | $0 | $0 | $18,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $299,400 | $0 | $0 | $299,400 |

H:3917
Lyna Muñoz
CC: 1013609828
AUX. ENFERMERIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1013609828 | | MUÑOZ GOMEZ LYNA ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | call 21 sur # 12a-21 este | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 1000001190 | 9416625273 | I | 2021/03/05 | 2021/03/05 | BANCO BOGOTA | 0 | $299,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $908,526 | $18,200 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $908,526 | $18,200 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $908,526 | $18,200 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1013609828 | MUÑOZ LYNA | 230301 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS005 | 30 | $908,526 | $113,600 | CCF24 | 30 | $908,526 | $18,200 | 14-7 | 30 | $908,526 | $22,200 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $908,526 | $18,200 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |

HT3177
LYNA MUÑOZ
CC:1013609828
NO.6 PERIODO

#3917

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

5. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14895987354

6. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 3 6 0 9 8 2 8 | 5

7. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13. 3 2

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 1 0 1 3 6 0 9 8 2 8

27. Fecha expedición: 2 0 0 6 | 0 2 | 0 6

Lugar de expedición: BOGOTA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogota D.C. — 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: MUÑOZ

32. Segundo apellido: GOMEZ

33. Primer nombre: LYNA

34. Otros nombres: ROCIO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogota D.C. — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: CL 21 SUR 12 A 21 ESTE BRR LA CASTAÑA

42. Correo electrónico: lr-1500@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 2 8 0 4 6 4 3 — 45. Teléfono 2: 3 1 1 8 5 1 2 4 2 7

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal: 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | Actividad secundaria: 47. Código | 48. Fecha inicio actividad | Otras actividades: 00. Código 1 | 2 | Ocupación: 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 6 9 2 | 2 0 0 8 \| 0 7 \| 3 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. Codigo | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

48. 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. Codigo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Semana: 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripcion en el Registro Único Tributario -RUT-, tendra vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovacion**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2021 - 02 - 02 ( 16 : 35 : 56

La información suministrada a través del formulario de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de comprobar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios a que haya lugar, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.10 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada:

Apellidos y Nombres: MUÑOZ GOMEZ LYNA ROCIO

Nro. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 02-02-2021 04:01:31 PM