1764 - 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
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1764-2019	**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:	YAZMIN MALDONADO ROMERO			**C.C.** 1.023.882.099	**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	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 1.559.290	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	$ 1.777.978	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.679.938	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 3.295.523	4112	2020-12-16	2020-01-31
19	$ 2.197.015	218	2021-02-01	2021-02-28
20	$ 2.197.000	549	2021-03-01	2021-03-31
21				
22				
23				
24				
25				
25				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 273.600	8488724484
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 273.600	8490120684
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 273.600	8491155888
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 273.600	8492320095
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 273.600	8492365530
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 273.600	8494302393
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 273.600	8495551437
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 273.600	8496700005
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 273.600	8497836711
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 273.600	8498917305
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 273.600	9400693569
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 273.600	9401629410
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 273.600	9402710628
14	MARZO	$ 1.460.221	$ 273.600	9403823614
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 273.600	9404833200
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	9405989737
17	JUNIO	$ 156.456	$ 157.600	9407094315
18		$ 1.982.040		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 273.600	9408198214
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 273.600	9409174291
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.300	9410198019
22	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.300	9411341856
23	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.300	9412424443
24	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 250.800	9413853682
25	ENERO	$ 2.197.015	$ 250.800	9413853683
26	FEBRERO	$ 2.197.015	$ 259.000	9414940968
27	MARZO	$ 1.791.000	$ 259.000	9416063153

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 47.560.088	$ 46.856.347	$ 703.741

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 SUB RED 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 servicio para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con el FFD y ESE	Identifico la poblacion objeto de PAI, primordialmente menores de 5 años 60 años y gestante, niñas de 9 a 20 años desde cuarto grado de primera a 11 de bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desecolarizadas.	Producto en 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	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinación extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento.	Producto en fisico y magnetico
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.	Producto en fisico y 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.	Desarrollar el proceso de vacunacion deacuerdo con las guias y manual tecnico administrativo.	Producto en fisico y magnetico
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 del 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 magnetico

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

Yazmin Maldonado R
Firma del Contratista

C.C. 1.023.882.099 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE Y CEDULA:	DIANA CAROLINA BELTRAN
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3
FIRMA	Diana Beltran A.
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE Y CEDULA:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	

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 1023882099		MALDONADO ROMERO YAZMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 30 b sur 1 a 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2064007	SI

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	69619815	9416063153	I	2021/03/23	2021/03/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$259,000

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			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1023882099	MALDONADO YAZMIN	230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2021/03/04 01:11 PM

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 1023882099		MALDONADO ROMERO YAZMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 30 b sur 1 a 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2064007	SI

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	69619815	9416063153	I	2021/03/23	2021/03/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$259,000

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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$259,000**	**$0**	**$0**	**$259,000**

PS 1454

2021/03/04 01:11 PM

RS 1764

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.435-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9416063153
NUMERO DE APROBACION	619815
Fecha:	04/03/2021 10:50:42
DU:	492579
NUM. TRANSACCION	1031765628
Valor	$259.000,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE TIPIFICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE LA REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORME DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE DAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 994466 SUR AMERICA
CARRERA 3 SUR (T)

Cajero: GEFERARCLA

Recibi Conforme: Quien realizo el pago
C.C. 7023.852.99 Btá

PS1754

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14694284297

(415)7707212489984(8020) **000001469428429 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 3 8 8 2 0 9 9	7	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	1 0 2 3 8 8 2 0 9 9	2 0 0 7 0 2 2 6

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
MALDONADO	ROMERO	YAZMIN	

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 30 B SUR 1 A 70 BRR BELLO HORIZONTE

42. Correo electrónico romerosubredcentrooriente@gmail.com

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

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 3 0 7 0 1	8 6 9 9	2 0 1 3 0 7 0 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 2 0

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

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 ACTUALIZACION DE OFICIO AUTOMATICA
985. Cargo Yazmin Maldonado R

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 24-02-2021 08:37:57PM