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 2285 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
Nombre del Contratista:	NATALIA ALEXANDRA HERNANDEZ MEDINA			C.C.	53.116.609 de BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-02-01	Fecha Terminación inicial:	2019-03-03	Valor Mensual:	$ 3.570.149 Valor a cobrar: $ 2.910.447

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.336	1704	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.095.400	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.058.441	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 7.302.762	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 7.140.300	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.785.076	3919	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 3.570.149	4111	2020-12-16	2021-01-15
19	$ 1.785.076	108	2021-01-16	2021-01-31
20	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
21	$ 3.570.000	549	2021-03-01	2021-03-31

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	4259661981
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	4265694832
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	4274548301
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	4274548301
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	4280606818
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383.200	4288029143
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	4292597393
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	4297530361
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	4303662659
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	4308367183
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	4312902451
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 383.200	4316218502
13	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 383.200	4317598996
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 383.200	4322522604
15	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	4327182151
16	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	4331291488
17	JUNIO	$ 302.811	$ 222.200	4339948567
18		$ 3.220.895		
19	JULIO	$ 3.570.149	$ 441.900	4344670585
20	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.900	4348891446
21	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	4348992821
22	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	4353639951
23	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	4357560142
24	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	4362387351
25	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.900	4366982289
26	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.900	4370177625
27	MARZO	$ 2.910.447	$ 441.900	4375759940

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 85.212.220	$ 84.330.881	$ 881.339

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA 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 (Lo estipulado en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Realizar las caracterizaciones de la situación alimentaria y nutricional, eventos de control de recien nacidos con bajo peso (evento 110), menores de 5 años con Riesgo de Desnutrición Aguda, Sobrepeso u Obesidad, gestantes con bajo peso y exceso de peso, se tiene en cuenta la ocurrencia y la residencia. Se realizan caracterizaciones de las localidades: San Cristobal, Antonio Nariño y La Candelaria. Presentación de auditoria caracterizaciones de enero y febrero.	\\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2021\VEC\VEC_SIVIGILA\110_BPN \\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2021\VEC\VEC_SISVAN\MARZO\GESTANTES \\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2021\VEC\VEC_SISVAN\MARZO\MENORES
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.	Desarrollo de la caracterización de la situación alimentaria y nutricional, eventos de control de recien nacidos con bajo peso al nacer, menores de 5 años con Riesgo de Desnutrición Aguda, Sobrepeso u Obesidad, gestantes con bajo peso y exceso de peso, se dilgencia la información de acuerdo a soportes en la intervención que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamiento. Asistencia a reunión de área, de equipo, articulación con infancia y demás que se programan en el mes.	\\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2021\VEC\VEC_SIVIGILA\110_BPN \\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2021\VEC\VEC_SISVAN\MARZO\GESTANTES \\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2021\VEC\VEC_SISVAN\MARZO\MENORES
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Se presenta y entrega el cronograma de actividades con lo programado durante el mes de Marzo.	En fisico
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.	Asistencia a reunión de área de epidemiologia en vigilancia en salud pública. Capacitacion sobre 1) Socialización lineamientos, 2) reunión equipo SISVAN, 3) reunión articulación Infancia.	Virtual
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se realiza caracterización de la situación alimentaria y nutricional, eventos de control de recien nacidos con bajo peso al nacer, menores de 5 años con Riesgo de Desnutrición Aguda, sobrepeso u obesidad, gestantes con bajo peso y exceso de peso. Envio del soporte de la caracterización a entorno Hogar, entrega del formato para digitar los datos del caso, se hace retroalimentación a la UPGD correspondiente de cada uno de los casos. Se realiza canalización a las instituciones respectivas por inseguridad alimentaria o bajos recursos económicos de algunos casos identificados.	\\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2021\VEC\VEC_SIVIGILA\110_BPN \\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2021\VEC\VEC_SISVAN\MARZO\GESTANTES \\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2021\VEC\VEC_SISVAN\MARZO\MENORES

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

Natalia A. Hernández H
Firma del Contratista

C.C. 53.116.609 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN AREA SALUD
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN AREA SALUD
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53116609
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NATALIA ALEXANDRA HERNANDEZ MEDINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 10 B BIS SUR NO 16 43	TELÉFONO:	7528999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4375759940**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/03/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994132166

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 228.500
SUBTOTAL:			1	**$ 228.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 178.600
SUBTOTAL:			1	**$ 178.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 34.800
SUBTOTAL:			1	**$ 34.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 441.900**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9008479192 DV: 598718

Cajero: LIASFRCU

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 02/03/2021 13:24:28

PS Recaudador:
901386 RESTREPO CALLE 15 ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 53116609

Nombre: NATALIA
Apellido 1: HERNANDEZ
Apellido 2: ANNON
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1111111111
Codigo Planilla: 437575994O
Periodo Pago: 202102
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
53116609	$441.900,00

Valor recibido: $441.900,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743858087

(415)7707212489984(8020) 000001474385808 7

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

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
HERNANDEZ	MEDINA	NATALIA	ALEXANDRA

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 10 B BIS SUR 16 43 BL 13 AP 402

42. Correo electrónico nataliahernandezm85@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 5 2 8 9 9	3 1 1 5 1 5 3 1 6 7

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 2 9 9	2 0 1 1 0 8 0 6	7 4 9 0	2 0 0 5 0 7 0 4					

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 / 16 : 32: 35

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 HERNANDEZ MEDINA NATALIA ALEXANDRA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-02-2021 04:34:06PM

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO