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 2238 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: INGRID VIVIANA LEAL GOMEZ **C.C.** 53.052.656 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 4.668.657 **Valor a cobrar:** $ 4.668.657

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.600.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 10.783.440	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.714.256	1704	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 7.439.960	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.966.098	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 6.650.977	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 3.351.114	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 4.198.977	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 3.714.480	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.714.480	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.714.480	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.969.548	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 9.613.492	1657	2020-07-01	2020-08-30
14	$ 9.337.314	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 3.146.269	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 1.547.761	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 2.334.316	3919	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 4.668.657	4111	2020-12-16	2021-01-15
19	$ 2.334.316	108	2021-01-16	2021-01-31
20	$ 4.668.657	218	2021-02-01	2021-02-28
21	$ 4.668.000	549	2021-03-01	2021-03-31

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.600.000	$ 445.500	8488727010
2	MARZO	$ 3.600.000	$ 445.500	8489636359
3	ABRIL	$ 3.714.480	$ 445.500	8490854916
4	MAYO	$ 3.714.480	$ 459.800	8491275959
5	JUNIO	$ 3.714.480	$ 459.800	8493221707
6	JULIO	$ 3.714.256	$ 459.800	8493968580
7	AGOSTO	$ 3.714.480	$ 459.800	8495144287
8	SEPTIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8496286271
9	OCTUBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8497417143
10	NOVIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8498544722
11	DICIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	9400273676
12	ENERO	$ 3.714.480	$ 459.800	9401412479
13	FEBRERO	$ 3.714.480	$ 459.800	9402328807
14	MARZO	$ 3.714.480	$ 459.800	9403428482
15	ABRIL	$ 3.714.480	$ 459.800	9404473642
16	MAYO	$ 3.714.480	$ 266.600	9405655151
17	JUNIO	$ 363.373	$ 266.600	9406716993
18		$ 4.211.941		
19	JULIO	$ 4.668.657	$ 577.800	9408114193
20	AGOSTO	$ 4.668.657	$ 577.800	9408839262
21	SEPTIEMBRE	$ 4.668.657	$ 577.800	9409908043
22	OCTUBRE	$ 4.668.657	$ 577.800	9411471631
23	NOVIEMBRE	$ 4.668.657	$ 577.800	9412524123
24	DICIEMBRE	$ 4.668.657	$ 577.800	9413649158
25	ENERO_2021	$ 4.668.657	$ 577.800	9414405641
26	FEBRERO_2021	$ 4.668.657	$ 577.800	9415872480
27	MARZO_2021	$ 2.334.328	$ 577.800	9415873183
27		$ 2.334.329		

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.960.000	$ 106.096.592	$ 105.795.723	$ 300.869

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA 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 period **Desde:** 2021-03-01 **Hasta:** 2021-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollar Actividades y productos correspondientes a la obligacion del contrato.Realizar visitas Epidemiologicas de Campo, subsistema uye	\\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiológica\SIVIGILA 2021\Emergencias\Auditoria\Marzo\Brotes
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.	Atencion brotes epidemiologicos Institucionales y Familiares, atencion de urgencias y emergencias en salud publica, Alistamiento y presentacion de productos para auditoria enero y febrero.	\\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiológica\SIVIGILA 2021\Emergencias\Auditoria\Marzo\Brotes
3	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	Asistencia Reunión de Area VSP Modo Virtual Asistencia Reunion UYE	\\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA 2021\PRODUCTOS GESTION\10 REUNIONES AREA\6.Marzo
4	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Se presenta mensualmente el plan de trabajo de ejecución OPS.	\\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiológica\SIVIGILA 2021\Productos de gestion\Lideres\UYE\Marzo
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Atención de situaciones emergencias de salud, Aperturas, Seguimientos y Cierres de Brotes Institucionales y Familiares	\\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiológica\SIVIGILA 2021\Emergencias\Auditoria\Marzo\Brotes

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

Firma del Contratista

C.C. 53.052.656 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	ANDREA HERNANDEZ JIMENEZ CC 1031124171
CARGO:	LIDER OPERATIVO VSP
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53052656		LEAL GOMEZ INGRID VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 30 B sur 1 69 Este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3651701	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	908480304	9415873183	I	2021/03/11	2021/03/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$577,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	53052656	LEAL INGRID																		231001	30	$1,867,462	$298,800	EPS001	30	$1,867,462	$233,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,867,462	$45,500	0	$0	$0	No	$577,800
Total	Afiliados(1)																						$1,867,462	$298,800			$1,867,462	$233,500			$0	$0			$1,867,462	$45,500		$0	$0		$577,800

2021/03/02 07:46 PM

Gmail

ingrid viviana leal gomez <invilego1103@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 908480304

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 1 de marzo de 2021, 12:19
Para: invilego1103@gmail.com



¡Hola, ingrid viviana leal gomez

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 908480304
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9415873183
Valor de la Transacción: $ 577.800
Fecha de Transacción: 01/03/2021

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743793139

(415)7707212489984(8020) 000001474379313 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 0 5 2 6 5 6	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 0 5 2 6 5 6	2 0 0 2 0 7 2 4

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
LEAL	GOMEZ	INGRID	VIVIANA

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 69 ESTE

42. Correo electrónico: invilego1103@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 9 3 3 9 4 3	

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 9	2 0 0 7 0 4 2 3	7 4 9 0	2 0 1 0 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 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 - 25 / 08 : 43: 19

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 LEAL GOMEZ INGRID VIVIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO