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 5543-2020 | C.D.P. No.: | 2864 | Proceso al que pertenece: | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA |

Nombre del Contratista: LEYDY JOHANNA QUIÑONEZ ANGULO C.C. 1.010.185.210 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2020-09-09 Fecha Terminación incial: 2020-10-31 Valor Mensual: $ 2.197.015 Valor a cobrar: $ 2.197.015

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 150.000 | 3416 | 2020-09-09 | 2020-10-31 |
| 2 | $ 1.480.597 | 3615 | 2020-11-01 | 2020-11-20 |
| 3 | $ 728.358 | 3782 | 2020-11-21 | 2020-11-30 |
| 4 | $ 1.098.400 | 3952 | 2020-12-01 | 2020-12-15 |
| 5 | $ 3.331.343 | 4111 | 2020-12-16 | 2021-01-15 |
| 6 | $ 1.098.480 | 108 | 2021-01-16 | 2021-01-31 |
| 7 | $ 2.197.015 | 218 | 2021-02-01 | 2021-02-28 |
| 8 | $ 1.200.000 | 549 | 2021-03-01 | 2021-03-31 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | SEPTIEMBRE | $ 1.611.900 | $ 0 | SE ANEXA COPIA DE AFILIACION A EPS ARL AFP |
| 2 | OCTUBRE | $ 2.197.015 | $ 217.600 | 1032465558 |
| 3 | NOVIEMBRE | $ 2.197.015 | $ 272.100 | 1033083565 |
| 4 | DICIEMBRE | $ 2.197.015 | $ 272.100 | 1033850694 |
| 5 | ENERO | $ 2.197.015 | $ 272.100 | 1034224996 |
| 6 | FEBRERO | $ 2.197.015 | $ 281.200 | 1035530487 |
| 7 | MARZO | $ 1.098.507<br>$ 1.098.508 | $ 281.200 | 1036134057 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.661.600 | $ 14.945.793 | $ 14.793.990 | $ 151.804 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIO DE APOYO COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED CENTROO RIENTE E.S.E CON CUMPLIMIENTO EN LA MISION Y VISION DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-03-01 Hasta: 2021-03-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E. | 1, Participacion en reuniones de area de vigilancia en salud publica<br>2, Seguimiento a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19. | 1, Reporte en base de seguimiento de actividades.<br>2, soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com. |
| 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. | 1. Registro en base de Drive de actividades diarias realizadas.<br>2, Registro de seguimiento a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19, | 1, Reporte en base de seguimiento de actividades.<br>2, soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com. |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | 1, Entrega del cronograma de actividades del mes correspondiente y su actualización correspondiente. | 1, reporte en el cronograma de actividades. |
| 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. | 1, Presentacion de soportes de actividades de seguimientos telefonicos casos COVID 19. | 1. En los respectivos correos se encuentra los casos asignados y se reporta las llamadas telefonicas. seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com. |
| 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. | 1. Seguimiento a casos de forma telefonica y virtual según programacion de actividades de acuerdo a alertas en salud y requerimientos del estado por COVID 19. | 1 Se evidencia en correo de notificacionsintomascovidco@gmail.com |

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. 1.010.185.210 de BOGOTÁ

| FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES | |
|---|---|
| NOMBRE: | LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC:52975862 |
| CARGO: | LIDER OPERATIVO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 38376691 |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD |
| FIRMA | |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-03-02, 04:40:20 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1036134057

**Periodo Cotización:** febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8838390890

**PAGADO 02/03/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LEYDY JOHANNA QUIÑONEZ ANGULO | | |
| **Documento** | CC1010185210 | **Dirección** | CRA 32 N 19 B 10 TORRE 4 APTO 11-03 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3133324224 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1010185210 | LEYDY JOHANNA QUIÑONEZ ANGULO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 908.526 | $ 113.600 | 2,436 | $ 908.526 | $ 22.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 0 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 | $ 0 | $ 281.200 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EMPRESA: EFECTIVO S.A.
NIT 830.131.993-1
Calle 9E No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1136 PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 0838390094

NUMERO DE APROBACION 13011

Fecha: 02/08/2021 12:07:2
Hora: 00:03
NUM. TRANSACCION 1031 2105
Valor $281.280.5

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA RECEPCION DE ESTE DOCUMENTO NO GARANTIZA SU AFECTACION. VERIFIQUE SU INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LIBERA CUALQUIER RESPONSABILIDAD DESPUES DE 24 HORAS. PUNTO DE ATENCION DEBE IMPRIMIR EL RECIBO DE PAGO DENTRO DE LA FECHA Y HORA DE VENCIMIENTO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION CONTACTE A SU ENTIDAD RECAUDADORA. LA INFORMACION CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL CLIENTE AUTORIZADO. INFORMELE DE INMEDIATO AL CAJERO LA CORRECCION A REALIZAR. NO SE ACEPTAN CORRECCIONES DESPUES DE 24 HORAS. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 996969 SEVILLA

Cajero: JUSECLARU

DIAN
R UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743653224

(415)7707212489984(8020) 000001474365322 4

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

| 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 |
|---|---|---|---|
| QUIÑONEZ | ANGULO | LEYDY | JOHANNA |

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: CR 32 19 B 10 TO 4 AP 1103 CON PLAZA LA HOJA

42. Correo electrónico: johanna.ley@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 2 9 5 7 7 8 5 | 3 1 3 3 3 2 4 2 2 4 |

## 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 0 9 0 1 2 9 | 6 5 2 2 | 2 0 1 8 0 9 1 5 | | 8 6 9 1 | 8 5 2 3 | 1 4 1 2 | |

### 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 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### 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 - 03 - 15 / 22 : 25: 59

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 QUIÑONEZ ANGULO LEYDY JOHANNA

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO