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 4272 2021	**C.D.P. No.:**	304
Proceso al que pertenece:	GESTIÓN AMBULATORIA		
Unidad a la que pertenece:	DIANA TURBAY- CHIRCALES		

Nombre del Contratista: JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO **C.C.** 1,022,963,387 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-03-01 **Fecha Terminación inicial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 3,648,000 **Valor a cobrar:** $ 3,648,000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MARZO	$ 3,648,000	$ 342,600	20013409
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4,240,800	$ 4,240,800	$ 3,648,000	$ 592,800

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESION), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicio de apoyo en forma personal y autónoma como enfermero(a) en el servicio de consulta externa , en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio en cada una de las sedes que conforman la Subred Centro Oriente, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndose las guías y protocolos definidas por la Subred	Se realiza consulta, donde se detecta alteraciones del menor de 10 años, detección de alteración del embarazo (Control prenatal), Asesoría pre y post test de VIH (gestantes), Planificación familiar hombres y mujeres en edad fértil, Toma y entrega de citología vaginal a mujeres objeto del programa. Liderar y organizar actividades junto con el equipo de trabajo que se encuentre a cargo del desarrollo de programas específicos de los centros de atención del proceso ambulatorio dirigidas a la poblacion objeto del contrato. Se direcciona los usuarios según el tipo de necesidad que tengan a los diferentes procesos y servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente tales como: Agudeza visual, Consejerías pre y post, Consulta adulto, Consulta crecimiento y desarrollo, Consulta gestantes, Consulta joven, Curso preparación para la maternidad, Laboratorios, Micronutrientes, Nutrición, Partos, Planificación familiar, Recién nacido, salud oral, Toma y entrega de citologías, Vacunación, Hospitalización y urgencias y otros servicios.	HISTORIAS CLINICAS- RIPS
2	2. Realizar procedimientos de acuerdo a su competencia.	Hacer los diferentes procedimientos correspondientes a las actividades de consulta externa realizando los respectivos	HISTORIAS CLINICAS- RIPS- CONSENTIMIWNTO INFORMADO
3	3. Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública.	Liderar y organizar actividades con el equipo de trabajo que se encuentre a cargo del desarrollo de programas específicos de los centros de atención del proceso ambulatorio dirigidas a la población objeto, para el respectivo seguimiento.	HISTORIAS CLINICAS- RIPS- BASES DE DATOS SEGUIMIENTO A USUARIOS
4	4. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Realizar los respectivos reportes de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida, según corresponda, siguiendo la normatividad vigente	FICHAS DE NOTIFICACION
5	5. Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad.	Se realiza limpieza, desinfección cumpliendo las normas de bioseguridad cumpliendo con el protocolo institucional	VERIFICACION DE FORMATO DE DESINFECCION A CONSULTORIOS
6	6. Apoyar el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.		
7	7. Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento.		
8	8. Realizar el diligenciamiento de los RIPS de conformidad a al normatividad vigente y requeriminetos institucionales.		
9	9. Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.10. Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.		
10	10. Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones especificas mencionadas con el objetivo de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante en el Fortalecimiento de las Subredes en el Modelo de Atencion, en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá., como apoyo del convenio interadministrativo No 692 de 2019.		

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

J Natalia Acosta. O.
Firma del Contratista

C.C. 1,022,963,387 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDILSA ESTHER MAURY BELLO
CARGO:	DIRECTORA TECNICA AMBULAROTRIOS

P.P.

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 01 Mes MARZO de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: **JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO**

C.C. No. **1022963387**

La suma de: $ 3.648.000

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 4272 2021, correspondiente al mes de marzo 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

J. Natalia Acosta O.

C.C. No. **1022963387**
Teléfono: 3214830471

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 7 D N 99 15 SUR BR LAS FLORES		null			NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-02	2021-02	20013409	I	2021-03-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	342.600	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	20013409	2021-03-18	Pagada							

PAGADO

EMPLEADO					NOVEDADES													DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.		
1	CC 1022963387	ACOSTA OROZCO JOHANNA NATALIA	908.526										X							0			30	30	0	30	PROTECCION 230201	1.106.997	177.200	0	0	SANITAS-EPS005	1.106.997	138.400	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.106.997	27.000	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	342.600	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 7 D N 99 15 SUR BR LAS FLORES		null			NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-02	2021-02	20013409	I	2021-03-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	342.600	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	20013409	2021-03-18	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1,106,997	1,106,997	1,106,997	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	177.200	0	0	0	177.200
PROTECCION	230201	800229739	0	1	177.200	0	0	0	177.200
EPS(Administradoras: 1)				1	138.400	0	0	0	138.400
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	138.400	0	0	0	138.400
ARP(Administradoras: 1)				1	27.000	0	0	0	27.000
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	27.000	0	0	0	27.000
Gran Total					342.600	0	0	0	342.600

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 7 D N 99 15 SUR BR LAS FLORES		null			NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-01	2021-01	8611719225	I	2021-02-10	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	438.000	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8653280195	2021-02-18	Pagada							

PAGADO

EMPLEADO					NOVEDADES													DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 1022963387	ACOSTA OROZCO JOHANNA NATALIA	908.526										X								0		30	30	0	30	PROTECCION 230201	1.415.438	226.500	0	0	SANITAS-EPS005	1.415.438	177.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.415.438	34.500	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	438.000	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 7 D N 99 15 SUR BR LAS FLORES		null			NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-01	2021-01	8611719225	I	2021-02-10	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	438.000	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8653280195	2021-02-18	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.415.438	1.415.438	1.415.438	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	226.500	0	0	0	226.500
PROTECCION	230201	800229739	0	1	226.500	0	0	0	226.500
EPS(Administradoras: 1)				1	177.000	0	0	0	177.000
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	177.000	0	0	0	177.000
ARP(Administradoras: 1)				1	34.500	0	0	0	34.500
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	34.500	0	0	0	34.500
Gran Total					438.000	0	0	0	438.000

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14748270223

(415)7707212489984(8020) 000001474827022 3

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

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: TV 2 A BIS B ESTE 97 B SUR 15 BRR LAS FLORES

42. Correo electrónico: nataliaacosta73@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
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 1 9 0 1 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. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 - 18 / 18 : 36: 48

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 ACOSTA OROZCO JOHANNA NATALIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO