Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1019056829						
CORREO ELECTRONICO:	MONICA.CUERVO1@GMAIL.COM				CELULAR:	3133732078						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON ZONA FRANCA FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K31	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	18071912031								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3481-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 2 DE 2		
NÚMERO DE CDP	288	**FECHA**	23/02/2021	**NÚMERO DE CRP**	18162	**FECHA**	28/02/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	3	2021		31	3	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

OBSERVACIONES: Ninguna.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.140.298
VALOR EJECUTADO	$7.140.298
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2'271.315** el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
48815817	$1.428.060	$178.508	$228.490	3	$34.787	**$441.784**

Dado en Bogotá en el mes de **MARZO** del año Dos Mil Veintiuno (**2021**). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	KP
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL		**Sede:** FONTIBON ZONA FRANCA F909					
No. DE CONTRATO:	3481-2021	**Periodo certificado desde el**	Día 1	Mes 3	Año 2.021	a	Día 31	Mes 3	Año 2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO		C. C.	1.019.056.629	DE	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ___ **Servicios:** SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar, liderar o apoyar acciones y/o procesos de inspección, vigilancia sanitaria y/o epidemiológica, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos tecnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS SEGÚN EL PLAN DE ACCIÓN DEL PROYECTO, ALINEACIÓN DE CRITERIOS, ACTIVIDADES DE CONVOCATORIA Y EVENTO DE INDUCCIÓN	ACTAS DE REUNION, LISTADO DE ASISTENCIA, CORREOS ELECTRÓNICOS, ACTAS DE VISITA Y/O LLAMADAS TELEFÓNICAS
Brindar asesoria tecnica a la comunidad en normatividad Sanitaria y Ambiental.	SI	CONVOCATORIA EN EMPRESAS SOCIALIZANDO LOS BENEFICIOS EN LA PARTICIPACIÓN DEL PROYECTO, PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO DE INDUCCIÓN CON LAS EMPRESAS INSCRITAS	CORREOS ELECTRÓNICOS, ACTAS DE VISITA Y/O LLAMADAS TELEFÓNICAS
Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Así como los respectivos cronogramas, de las visitas o acciones a realizar y realizadas.	SI	CRONOGRAMA DEL MES DE MARZO	CRONOGRAMA DEL MES, ACTA DE REUNIÓN PARA ENTREGA DE SOPORTES.
Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de informacion en vigilancia sanitaria y otros.	SI	DILIGENCIAMIENTO SEMANAL DEL FORMATO DE SEGUIMIENTO.	FORMATO DE SEGUIMIENTO DILIGENCIADO
Acompañamiento a las auditorias internas y externas en caso de requerirse.	SI	ENTREGA DE SOPORTES DEL MES PARA REVISIÓN Y APOYO EN EL ALISTAMIENTO DE SOPORTES PARA LA PRESENTACIÓN DE AUDITORÍA EXTERNA .	SOPORTE DE ENVIO DE INFORMACIÓN REQUERIDA
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas.	SI	EJECUCIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS DE ACUERDO A LAS INDICACIONES DEL LIDER DEL PROYECTO.	SOPORTE EVIDENCIADO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
Mantener la confidencialidad de la informacion, reservas de los sistemas de informacion, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnologicos, registro de soporte logistico (Software), definicion de la auditoria de los documentos cinetificos y de mas informacion que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componenete de vigilancia sanitaria y ambiental y de vigilancia en salud publica.	SI	SE MANTIENE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN, RELACIONADA A LAS VISITAS REALIZADAS EN LAS EMPRESAS VINCULADAS.	SOPORTES EN CUSTODIA.
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada.	SI	SE INFORMA SOBRE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE PUEDA INTERFERIR EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.	INFORMACIÓN RELACIONADA EN ACTAS DE REUNIÓN
Llevar de forma ordenada un archivo fisico y/o magnetico de facil consulta y verificacion.	SI	SE LLEVA ARCHIVO FÍSICO Y MAGNÉTICO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS AL PROYECTO	EVIDENCIA MAGNÉTICA Y FÍSICA DEL ARCHIVO
Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	SI	SE DA ATENCIÓN A SOLICITUDES PRESENTADAS POR LAS EMPRESAS VINCULADAS POR MEDIO ELECTRÓNICO, PRESENCIAL Y/O TELEFÓNICO.	CORREOS ELECTRÓNICOS Y/O ACTA DE VISITA.
Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados.	SI	SE REALIZA REUNIÓN VIRTUAL CON EL EQUIPO PISA LOS DÍAS 3, 4, 5, 9, 12, 17, 18, 23, 24, 25 Y 29 DE MARZO	ACTA DE REUNIÓN
Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	SI	SE PROMUEVE EL CUIDADO Y CUSTODIA DEL PATRIMONIO INSTITUCIONAL.	CARNÉ CHAQUETA EQUIPO DE COMPUTO INSTRUMENTOS DE VISITA ENTREGA DE UNIDADES DE CONSERVACIÓN
Adelantar la gestión intersectorial o con espacios privados a nivel local y apoyar la elaboración de documentos, procedimientos o herramientas que permitan el fortalecimiento del desarrollo de las acciones de vigilancia intensificada en articulación con la referencia de nivel central.	SI	ACTIVIDADES DE ACERCAMIENTO EN EMPRESAS A FIN DE SOCIALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO (CONVOCATORIA).	CORREOS ELECTRONICOS, ACTAS DE VISITA Y/O LLAMADAS TELEFONICAS.
Apoyar la realización de jornadas, actividades y eventos de interés del área de Salud Pública o demás actividadas de la subred, cuando sea requerido.	SI	SE REALIZA ACTIVIDAD DE CONVERSATORIO DE ACUERDO A LA TEMÁTICA CORRESPONDIENTE EN LAS FECHAS INDICADAS	SOPORTE DE CONVERSATORIOS DE ACUERDO A LAS FECHAS ESTIPULADAS.
Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la Subred.	SI	SE IMPLEMENTA LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CON LAS EMPRESAS VINCULADAS AL PROYECTO	EVIDENCIA MAGNÉTICA Y FÍSICA DE LAS ACTIVIDADES
Conocer, promovar y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad	SI	SE IMPLEMENTAN LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19, ASÍ COMO LAS NORMAS DE GESTION AMBIENTAL, RESIDUOS, SALUD OCUAPACIONAL, PLANES DE EMERGENCIA EN EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS DEL PROYECTO	EVIDENCIA MAGNÉTICA Y FÍSICA
1 Ejecutar las actividades segùn criterios de autocontrol 2 Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposicion para el desarrollo del objeto contractual 3 Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución 4 Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados 5 Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred 6 Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios 7 Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes (Cronograma, informes, entre otros) 8 Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse 9 Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera 10 Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de Apoyo, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables 11 Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención 12 Garantizar la entrega oportuna de los productos teniendo en cuenta los ciclos de digitación del componente 13 Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato 14 Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por los líderes operativos, referente de vigilancia en salud ambiental, coordinador PIC y de nivel central 15 Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas por el líder operativo 16 Enviar y responder de manera oportuna los informes, solicitudes y quejas derivados de la ejecución del presente contrato o de actividades delegadas por el líder operativo de la línea de intervención según sea requerido 17 Atender oportunamente a la solicitud de ajuste de inconsistencias detectadas de los productos derivados de la ejecución de las actividades de IVC y sus correspondientes bases de datos. 18 Asistir, participar activamente de las sesiones del PSPIC en concordancia a la labor misional y/o institucional de requerirse, adicionalmente prestar apoyo, y participar en la atención de eventos de interés en salud publica según se requiera	SI	SE IMPLEMENTAN LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LAS SUBRED EN CADA UNA DE LAS EMPRESAS VINCULADAS AL PROYECTO	ACTAS DE REUNION CORREOS ELECTRONICOS INFORMES DE GESTION

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.570.149 TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO C.C 1.019.056.629 de Bogotá.

Fecha edmmmaaaa Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobacion estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019056829	MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO	Calle 152 54 50	8013930	Monica.cuervo1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	05/03/2021	48815817	$471.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.800	0		0		0	0	0	0	178.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	228.800	0	0	0	0	0	0		228.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860903790-5	34.900				34.900	0	0	34.900			349	34.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.600	0	0	28.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.800	178.800
Pensión	1	228.800	228.800
Riesgos Laborales	1	34.900	34.900
CCF	1	28.600	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	471.100	471.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019056829	MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO		Calle 152 54 50	8013930	Monica.cuervo1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	05/03/2021	46815817	$471.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019056829	CUERVO SALGADO MONICA ALEXANDRA	59	0			N																	23020D1	1.430.000	228.800	0	0	0	0	EPS008	1.430.000	178.800	14-11	1.430.000	3	34.900	CCF24	1.430.000	28.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO	**NIT:**	1019056829
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2021
Número de Radicación:	48815817	**Total a pagar:**	$471,100
Fecha de vencimiento:	08/03/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	05/03/2021	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	914270398
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$34,900
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$228,800
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$28,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$178,800
						$471,100

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá DC, 19 de Marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO __X__cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI__X___ o NO _____cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI ___X____ NO _____
5. SI _____ NO __X___ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO __X___ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_0_____
8. Solicito SI _____ NO ___X____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI __X___ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO ___X____

Atentamente

NOMBRE: Mónica Alexandra Cuervo Salgado
C.C 1.019.056.829 de Bogotá
UNIDAD: FONTIBON ZONA FRANCA

FIRMA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14725809660

(415)7707212489984(8020) 000001472580966 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 9 0 5 6 8 2 9 | 6. DV 1

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

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 9 0 5 6 8 2 9	2 0 0 9 0 2 0 3

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
CUERVO	SALGADO	MONICA	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 152 54 50 IN 3 AP 504

42. Correo electrónico: monis_cuervo@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 3 3 7 3 2 0 7 8

45. Teléfono 2

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
7 4 9 0	2 0 1 3 0 7 0 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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: 2020 - 11 - 30 / 18 : 42: 32

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: CUERVO SALGADO MONICA ALEXANDRA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO identificado(a) con cedula ciudadania No. 1019056829, canceló la suma de NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS QUINCE PESOS ($953.715,00) por concepto de PC ESPECIAL CON POS durante el 2020

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parentesco	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
MONICA ALEXANDRA CUERVO SAL	1019056829	TR	$ 908,300	$ 45,415	$ 953,715
Total			**$ 908,300**	**$ 45,415**	**$ 953,715**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 19 días del mes de marzo de 2021.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12533680

VIGILADO Supersalud
VIGILADO Supersubsidio

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO

CC 1.019.056.829 DE BOGOTÁ

La suma de 3.570.149/TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE por concepto de servicios profesional en ingeniera química – profesional universitario 2 durante el periodo de 01 de marzo al 31 de marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3481/2021

MONICA ALEXANDRA CUERVO SALGADO

CC 1.019.056.829 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 18071912031