

APS

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSION 4	Código FR-CON-01	
	LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS PARA PAGO FACTURA - PROVEEDOR	FECHA VIGENCIA 2024/04/18	DOCUMENTO CONTROLADO	

NUMERO DE CONTRATO O CONCEPTO DEL PAGO	
PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS	OTROS SALARIOS PRESTACIONES SOCIALES
PAGO DIRECTO POR RESOLUCION	SENTENCIAS Y CONCILIACIONES
PAGO SERVICIOS PUBLICOS	

Presentar los soportes en orden y legajados con gancho plastico.

ITEM	DOCUMENTOS	SOPORTES			CUMPLE		NO APLICA
		1 VEZ	2 VEZ	FINAL	SI	NO	
1	PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS						
	Factura original, legal-Art.621 C.C. y Requisitos Art 617 E.T. (Resolución de autorización de numeración factura si no registra en la factura de cobro) /Documento Equivalente - Cuenta de Cobro (personal CPS).	X	X	X			
	Informe de Supervisión debidamente diligenciado y firmado por el Supervisor del contrato.	X	X	X			
	Ingreso de Almacén o Farmacia según sea el caso.	X	X	X			
	Planillas de Pago de la Seguridad Social (período a cobrar- Base cotización 40%). Anexo: La Certificación de pago de parafiscales firmada por Contador o Revisor Fiscal, Copia de la JCC, Tarjeta profesional. Nota:El anexo no aplica para el personal de CPS.	X	X	X			
	Informe de Actividades Realizadas o ejecutadas con Vo.Bo. del Supervisor y demás soportes de producción-Sistema. Anexo: Certificación firmada por directores como constancia de lo ejecutado en la IPS, contratistas de Dietas, mantenimientos de Red de Frío, Computadores, Equipos Biomédicos, Plantas, entre otros. (El anexo no aplica para el personal de CPS).	X	X	X			
	Formato Asignación de Costos	X	X	X			
	Formato Declaración DIAN diligenciado (únicamente personal de CPS) o si cambia actividad	X	N/A	N/A			
	Copia Pólizas y Actas de Aprobación de Pólizas (contratistas de suministro de Bienes o servicios de mantenimiento). Diferentes a las CPS de personal.	X	N/A	X			
	Paz y Salvo firmado por Contratista, Supervisor, Almacenista y Jurídica (Solo para personal interno de CPS). Si no existe saldo a liberar.	N/A	N/A	X			
	Acta de Liquidación Anticipada o final del contrato, firmada por el contratista, supervisor, Gerente y con el Vo.Bo. De la Oficina Jurídica, según sea el caso.	N/A	N/A	X			
	Copia RUT Actualizado, con actividad contratada.	X	N/A	N/A			
	FR-RH-96 Plan de trabajo y seguimiento (C.P.S.) (Requisito aplica contratistas de nivel central)	X	X	X			

	DOCUMENTOS	CUMPLE		NO APLICA
		SI	NO	
2	PAGO DIRECTO POR RESOLUCIÓN			
	Obligación/Factura de proveedor			
	Factura o documento equivalente			
	Orden de servicio.			
	Certificado de disponibilidad presupuestal			
	Compromiso presupuestal			
3	PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS			
	Obligación/Factura de proveedor			
	Factura			
	Compromiso presupuestal			
4	OTROS SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES			
	Obligación/Factura de proveedor			
	Compromiso presupuestal			
	Resolución ordenando el pago			
5	SENTENCIAS Y CONCILIACIONES			
	Obligación/Factura de proveedor			
	Resolución ordenando el pago.			
	Copia de la sentencia o conciliación.			
	Certificado de disponibilidad presupuestal			
	compromiso presupuestal			

Proceso: Contabilidad		Proceso: Tesorería	
Nombre Responsable Revisión y Causación:	Nombre Resp. Contabilización:		
Firma:	Firma:	Fecha:	Fecha:
Nombre Responsable:		Fecha:	
Firma:			
Cargo:			

AGENCIA PRIMARIA EN SALUD - APS
Hors. rubios.
Fecha: 07/12/2024
Ratado: Vol. extra 14

Datos del Vendedor o

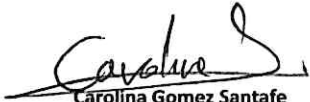
Razon Social /Nombre Maíra Carolina Gomez Santafe
NIT O C.C. 1,023,020,974
Ciudad y Fecha de LA MACARENA, 02 DE DICIEMBRE DE 2024
Dirección y Ciudad: Calle 75 a sur 10 a 65, Santa Librada
Telefono 3023741693
Fecha de
Datos del Comprador
Razon Social /Nombre ESE DPTAL SOLUCION SALUD DEL META
Dirección y Ciudad: Calle 37 No. 41-80 Barrio Barzal alto - Villavicencio-Meta

CUENTA DE COBRO No 1
Codigo Actividad: 8692
Documento equivalente a factura, (Ley 1231/08, Art.617
ET y Art.3 dec.522 de 2003)
Forma de Pago: MENSUAL
Fecha de Recibido de la Factura
NIT: 822.006.595-1
Teléfono: 6610200

Cant.	Descripcion	Vlr unitario	Vlr Total
1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL MUNICIPIO DE LA MACARENA EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 2026 DEL 2023 EN EL PERIODO DEL 21 DE NOVIEMBRE 2024 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024 DEL CONTRATO 2286	2,000,000	2,000,000
			-
		TOTAL	2,000,000

Son: DOS MILLONES SE.. MCTE

Observaciones:
BANCO CAJA SOCIAL DE AHORROS: CUENTA DE AHORROS- #CUENTA 24076037896
Cordialmente:

nombre 
cc 1023020974 de Bta.
Anexo soportes y pago de seguridad social

 Empresa Social del Estado Departamento de Meta E.S.E Solución Salud	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 1 de 10	 CORPORACIÓN NACIONAL META
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2021/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

Villavicencio meta, 02 de Diciembre del 2024

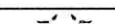
CONTRATO No. 2286 DE 2024
PERIODO No. 01
CORRESPONDIENTE AL PERIODO 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024

OBJETIVO DEL INFORME: Mantener informada a la ESE Departamental "Solución Salud" sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias de su ejecución y verificar que las actividades realizadas se realizaron con calidad y en los términos adecuados.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO No.:		2286	
CLASE DE CONTRATO:		CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
CONTRATISTA:		Maira Carolina Gomez Santafe	
CÉDULA CONTRATISTA:		1.023.020.974	
OBJETO:			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL MUNICIPIO DE LA MACARENA EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 2026 DEL 2023			
CONDICIONES INICIALES			
VALOR DEL CONTRATO:		8.000.000	
PLAZO DE EJECUCIÓN:		1 MES y 10 DIAS	
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN:		21 noviembre 2024	
FECHA DE INICIO:		21 noviembre 2024	
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:		N/A	FECHA: N/A
ADICIONAL EN VALOR:		N/A	FECHA: N/A
PRÓRROGAS:	1	un	FECHA: N/A
FECHA DE TERMINACIÓN		31 DE DICIEMBRE 2024	
TELÉFONO DEL CONTRATISTA:		3023741693	
DIRECCIÓN DEL CONTRATISTA:		Calle 75 a sur 10 a 65	

FORMA DE PAGO	Para efectos fiscales, el valor total del presente contrato de prestación de servicios es por la suma de: OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$8.000.000) pagaderos en UNA (01) MENSUALIDAD
----------------------	--

 Empresa Social del Estado Departamento de Meta ESE Solución Salud	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 2 de 10	 GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE META META
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2021/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

	VENCIDA, por el valor de SEIS MILLONES DE PESOS MCTE (\$6.000.000) Y UN PAGO PARCIAL por el valor de DOS MILLONES DE PESOS MCTE (\$2.000.000), el cual será sujeto al cumplimiento de actividades por mes de ejecución.
--	---

2. DESARROLLO DEL CONTRATO

Mediante Contrato No.2286 de 2024 en la Cláusula Décima Cuarta: Supervisión, se me designó como supervisor(a) LUZ MARIA CARREÑO LEON del contrato objeto de este informe, para lo cual me permito informar el desarrollo correspondiente al PERIODO 1 DEL 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024 AL 30 NOVIEMBRE 2024 en los siguientes aspectos:

AVANCE EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Se obliga a dar cumplimiento al objeto de la contratación de manera eficiente, garantizando el cumplimiento de obligaciones citadas en el estudio de oportunidad.

OBLIGACIONES GENERALES:

1. Ejecutar el objeto del contrato dentro de un plazo estipulado: durante el periodo comprendido del 21 de noviembre del 2024 al 30 de noviembre del 2024, la contratista desarrolló y ejecutó el objeto del contrato.
2. Actuar con absoluta lealtad y transparencia en cada una de las actividades a desarrollar: la contratista durante este periodo actuó con lealtad, transparencia y compromiso en la ejecución de las actividades desarrolladas
3. Informar las novedades que se presenten durante la ejecución del contrato: la contratista durante la ejecución del presente periodo informar las novedades de los 12 micro territorios de atención las cuales se describirán en las obligaciones específicas.
4. Cumplir con las obligaciones frente a los sistemas de seguridad social en salud, la contratista durante este periodo cumplió con las obligaciones frente a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones y riesgos en los términos previstos en las normas legales.
5. Ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato: durante este periodo la contratista ejecuto idónea y oportunamente el objeto del contrato.
6. Obrar con buena fe evitando dilaciones y en tratamientos que puedan presentarse: durante este periodo la contratista Obro con buena fe evitando dilaciones y entramamientos.
7. Atender los requerimientos efectuados por el contratante: durante el periodo la contratista atendió los requerimientos efectuados por el contratante

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 www.esemeta.gov.co

✉ gerencia@esemeta.gov.co

 <div>Empresa Social del Estado Departamento de Meta E.S.E Solución Salud</div>	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 3 de 10	 <div><small>GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE META</small> META</div>
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2021/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

8. Asumir todos los costos en que incurra para la ejecución del contrato: durante este periodo la contratista asumió todos los costos en que incurra para la ejecución del contrato
9. Presentar informes escritos que el supervisor del presente contrato le solicite: durante este periodo la contratista presento informes según solicitud del presente contrato.
10. Las demás que se desprendan y se relacionen en los términos de la oferta, del contrato y de la ley: durante este periodo la contratista ejecuto actividades que se desprenden y se relacionan en los términos de la oferta del contrato
11. Utilizar los elementos de protección personal, equipos, materiales, vestido necesarios y calzado apropiado para la ejecución de las actividades del objeto del presente contrato, cumpliendo con las normas y procedimientos de bioseguridad establecidos por la institución: durante este periodo la contratista Utilizo los elementos de protección personal, equipos, materiales, vestido necesarios y calzado apropiado para la ejecución de las actividades del objeto del presente contrato, cumpliendo con las normas y procedimientos de bioseguridad establecidos por la institución.
12. Responder por perdidas y daños causados en los equipos, instrumental e insumos de apoyo suministrados por la empresa social del estado, cuando su deterioro obedezca al uso inadecuado por su parte o la perdida durante la ejecución del presente contrato: durante este periodo la contratista no reporto perdidas y daños causados en los equipos, instrumental e insumos de apoyo suministrados por la empresa social del estado, cuando su deterioro obedezca al uso inadecuado por su parte o la perdida durante la ejecución del presente contrato
13. Conocer y aplicar las guías, manuales, procedimientos, políticas y demás normas, establecidas por la empresa: durante este periodo la contratista Conoció y aplico las guías, manuales, procedimientos, políticas y demás normas, establecidas por la empresa
14. Asistencia y participación activa en las reuniones, seminarios, capacitaciones o eventos que sean convocados, así como las evaluaciones derivadas de las capacitaciones: durante este periodo la contratista asistió y participo activa en las reuniones, seminarios, capacitaciones o eventos que fueron convocados, así como las evaluaciones derivadas de las capacitaciones
15. Dar cumplimiento estricto a las medidas de salud ocupacional exigidas por la ESE "Solución salud" para el desarrollo de las actividades asistenciales: durante este periodo la contratista dio cumplimiento estricto a las medidas de salud ocupacional exigidas por la ESE "Solución salud" para el desarrollo de las actividades asistenciales

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 4 de 10	
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2021/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

16. Ejercer las demás actividades que le sean asignadas según la naturaleza del contrato: durante este periodo la contrista ejecuto actividades que le fueron asignadas según la naturaleza del contrato

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

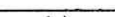
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDADES Acciones realizadas durante el presente periodo	CUMPLE / NO CUMPLE
1. REALIZAR MAPEO Y CARTOGRAFÍA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE ABORDAJE Y DE PRIMER CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICROTERRITORIO- MIS COORDENADAS (DESCARGAR) INFORME POR COMUNIDAD SE ANEXA	Cumple
2. VALORACIÓN DE PRIMER CONTACTO A LAS PERSONAS Y FAMILIAS PARA ATENCIÓN EN SALUD EN EL ENTORNO HOGAR, DE ACUERDO A LA DINÁMICA TERRITORIAL Y PRIORIZACIÓN GENERADA, IDENTIFICAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Y LOS HOGARES, HACIENDO USO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS ASIGNADOS. (DE ACUERDO AL MICRO TERRITORIO SELECCIONADO Y SOCIALIZACIÓN REALIZADA DURANTE EL PROCESO AL EBS), PROPENDIENDO POR UNA ATENCIÓN INTERCULTURAL, HUMANIZADA CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y REALIZAR ADAPTACIÓN DE LAS ATENCIONES EN SALUD, PARA GARANTIZAR LA EFECTIVIDAD DE LOS EBS.	cumple
3. REALIZAR CONSOLIDADO DE INFORMACIÓN GENERALIZADA EN EL ÁREA DE INFLUENCIA, ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL DEL ENTORNO HOGAR (FAMILIAS) DE TERRITORIO Y MICROTERRITORIO, DETERMINADO EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN ASIGNADA, CON ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LAS MISMAS, ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DEL TERRITORIO Y MICROTERRITORIO PRIORIZADO	cumple
4. REALIZA INFORME INDIVIDUAL DE LA INFORMACIÓN GENERADA EN EL ÁREA DE INFLUENCIA, ANÁLISIS DE ACCIONES REALIZADAS, CON ANÁLISIS CUALITATIVO Y	Cumple

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 www.esemeta.gov.co

✉ gerencia@esemeta.gov.co

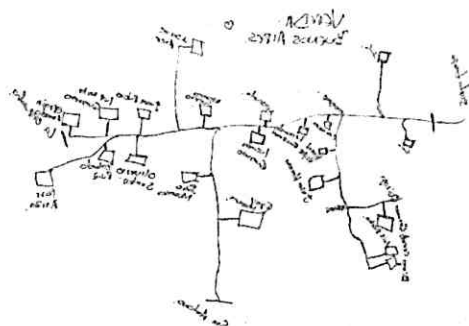
 <div>Empresa Social del Estado Departamento de Meta ESE Solución Salud</div>	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 5 de 10	 <div>META</div>
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2021/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

CUANTITATIVO DE LAS MISMAS, ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DEL TERRITORIO Y MICROTERITORIO PRIORIZADO.	
5. FORMULAR PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PIC) DEFINIENDO LA PRIORIZACIÓN DEL RIESGO EN SALUD PARA LA ELABORACIÓN, TOMA DE DECISIONES, ACTIVIDAD A REALIZAR EN CONJUNTO CON LOS DEMÁS MIEMBROS DEL EBS.	cumple
6. REALIZAR LA EJECUCIÓN DEL SEGUIMIENTO EN CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES Y METAS ESTABLECIDAS EN LOS PICP, CONSIDERANDO LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y COMUNITARIAS-COLECTIVAS PICP.	Cumple
7. COORDINAR Y DIRECCIONAR LAS ACCIONES DE PROMOCIONES DE LA AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD EN COORDINACIÓN CON LA ENTIDAD LOS TRAMITES DE LAS MISMAS.	Cumple
8. PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y POPULAR SOCIALIZANDO LAS ACCIONES DE LOS EBS	Cumple
9. REALIZAR LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS A TRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARIAS EN EL ENTORNO HOGAR QUE CONFORMAN LOS MICROTERITORIO , RESPECTO A LAS ATENCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD, MANTENIMIENTO DE LA SALUD, Y GESTIÓN DEL RIESGO, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS CONDICIONES PROTECTORAS PARA LA SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO EN CADA UNO DE ELLOS INTEGRANTE DE LA FAMILIA,	Cumple
10. REALIZAR ARTICULACIÓN PARA LA CONSECUCCIÓN DE JORNADAS DE INTERVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS FAMILIAS (BRIGADA).	Cumple

11 ACTIVAR LOS MECANISMOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA HACIA SERVICIOS E INTERVENCIONES, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN, EN LOS SERVICIOS SOCIALES, LA ASISTENCIA SOCIAL DE LAS PERSONAS, FAMILIAR O COMUNIDADES QUE POR SU SITUACIÓN LO REQUIERAN, ASÍ COMO DIRECCIONAR LA REFERENCIA DE LOS INDIVIDUOS QUE LO AMERITEN (EVENTOS DE SALUD MENTAL) ACTIVACIÓN DE RUTAS.	Cumple
12. REALIZAR LA PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTAR DE MANERA PERIÓDICA Y EN LOS FORMATOS INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS PARA TAL FIN POR LA INSTITUCIÓN.	Cumple
13. RECIBIR Y ENTREGAR LOS DIFERENTES INSUMOS MÉDICOS Y DE DOTACIÓN QUE SE LE ENTREGUEN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y DESARROLLAR EN LOS DIFERENTES TERRITORIOS ASIGNADOS.	Cumple
14. DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS PROCESOS DE CAPTACIÓN, DEMANDA INDUCIDA, CANALIZACIÓN, CARACTERIZACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN QUE SE GENERE POR MICROTERRITORIO Y CONFORME CON LOS LINEAMIENTOS EXPEDIDOS, GENERAR UN BOLETÍN INFORMATIVO.	Cumple
15. PRESTAR LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN CASO DE REQUERIRSE Y/O ACTIVACIÓN DE RUTA.	Cumple

DESARROLLO DEL INFORME:

1. REALIZAR MAPEO Y CARTOGRAFÍA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE ABORDAJE Y DE PRIMER CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICROTERRITORIO,



 <div>Empresa Social del Estado Departamento de Meta ESE Solución Salud</div>	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 8 de 10	 <div>GOBIERNO REGIONAL META</div>
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2021/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

Valor pagado en SALUD	\$162.500	
Valor pagado en PENSIÓN	\$208.000	
Valor pagado en ARL	\$31.700	
Total	\$402.200	

4. BALANCE FINANCIERO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO A LA FECHA

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO		
VALOR DEL CONTRATO:	\$8.000.000	
ADICION	N/A	
Valor a girar por informe No.001		\$2.000.000
Valor girado por informe No.002		
Valor girado por informe No.003		
Valor a girar por informe No.004		
Saldo pendiente por ejecutar		\$6.000.000
SUMAS IGUALES	\$8.000.000	\$8.000.000

5. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL A LA FECHA

NUMERO DE CDP:	1475	VALOR DEL CDP:	8.000.000	
FECHA CDP:	15/11/2024			
NUMERO DE RP:	4353	VALOR DEL RP:	8.000.000	
FECHA RP:	21/11/2024			
NOMBRE DEL RUBRO PRESUPUESTAL	CODIGO PRESUPUESTAL	VALOR INICIAL	VALOR EJECUTADO	SALDO PRESUPUESTAL
HONORARIOS	2.1.2.02.02.009.08	2.000.000	2.000.000	6.000.000

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

De acuerdo a la información anteriormente suministrada, como supervisor certifico que durante el **PERIODO No.1**, comprendido DURANTE EL 21 DE NOVIEMBRE DE 2024 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024, el contratista cumplió a satisfacción las actividades objeto del Contrato: número 2286, además todas las obligaciones pactadas y cumplió con el pago del sistema de seguridad social.

Por lo anterior se autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de Dos millones de pesos **M/CTE. (\$2.000.000)**.

Certifico que toda la información contenida en el presente informe fue verificada física y

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 www.esemeta.gov.co

✉ gerencia@esemeta.gov.co

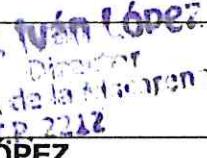
	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 3	CÓDIGO FR-JUR-15	Página 19 de 19	
	INFORME DE SUPERVISION	FECHA VIGENCIA 2021/09/07	DOCUMENTO CONTROLADO		

ANEXOS:

Soportes de pago de seguridad social correspondientes al periodo de este informe
Cuenta de cobro
Planilla de seguridad social
Formato centro de costos
Informe de actividades
Declaración juramentada, Dian en la primera cuenta, si cambia de responsabilidad informar
Paz y salvo de la cuenta
Acta de liquidación anticipada y/o acta de liquidación
Rut en la primera cuenta.

FIRMA:	
NOMBRE COMPLETO	LUZ MARIA CARREÑO LEON
CEDULA:	40436860
CARGO O DEPENDENCIA	Profesional Universitario/Convenios Supervisora

FIRMA:	
NOMBRE COMPLETO	BELLANIRA LÓPEZ REY
CEDULA:	1121894449
CARGO O DEPENDENCIA	Coordinadora APS Apoyo a la Supervisión

FIRMA:	 
NOMBRE COMPLETO	IVÁN DARIO RESTREPO LÓPEZ
CEDULA:	72195382
CARGO O DEPENDENCIA	Director hospital Apoyo a la Supervisión

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS MES AÑO)	FECHA PAGO (DÍAS MES AÑO)	TIPO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
CC	1023020874	MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE	CLL 75 A N 10 A 65	2841141	karomp3@hotmail.com					EMPLADOS 1 TOTAL A PAGAR 0
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	PERIODO BALDIO	PERIODO PENSIONES			
UNICA	I - Inapropiadamente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	2024-11	2024-11	1	02/12/2024	82190407 \$402.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPS008	Compensar EPS	860-868942-7	162.500	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900303004-7	208.000	0	0	0	0	0	0	208.000	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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SUPRA	E9-0603790-5	31.700				31.700	0	0	31.700		317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPIC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
PERIODO SALUD 2024-11	PERIODO PENSIONES 2024-11	I	02/12/2024	821BC407	\$402,200



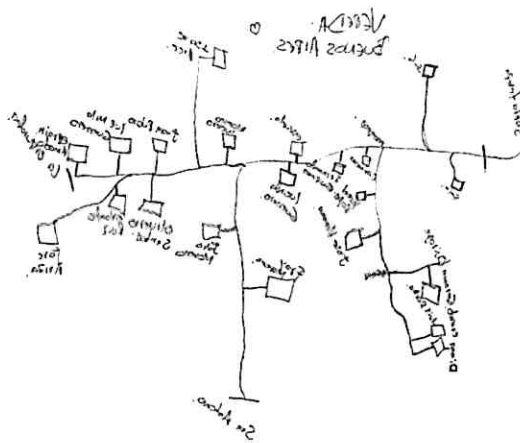
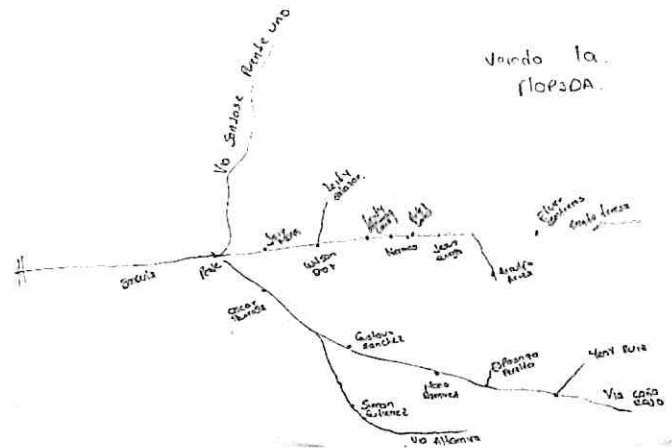





01
CLOS 500 DE
NOVIEMBRE

Comendidamente me permito presentar informe de actividades realizadas según contrato de CPS 2286 de 2024, **CORRESPONDIENTE AL PERIODO DURANTE EL 21 DE NOVIEMBRE DE 2024 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024.**

1. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio- Mis coordenadas (descargar) informe por comunidad se anexa.



2. Valoración de primer contacto a las personas y familias para atención en salud en el entorno hogar, de acuerdo a la dinámica territorial y priorización generada, identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados. (De acuerdo al micro territorio seleccionado y socialización realizada durante el proceso al EBS), Propendiendo por una atención intercultural, humanizada con enfoque diferencial y realizar adaptación de las atenciones en salud, para garantizar la efectividad de los EBS.
3. Realizar consolidado de información generalizada en el área de influencia, análisis de la caracterización social y ambiental del entorno hogar (familias) de territorio y microterritorio, determinado el perfil epidemiológico de la población asignada, con análisis cualitativo y cuantitativo de las mismas, análisis de los determinantes sociales de la salud del territorio y microterritorio priorizado.

4. Realiza informe individual de la información generada en el área de influencia, análisis de acciones realizadas, con análisis cualitativo y cuantitativo de las mismas, análisis de los determinantes sociales de la salud del territorio y microterritorio priorizado.
5. Formular PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PIC) Definiendo la priorización del riesgo en salud para la elaboración, toma de decisiones, actividad a realizar en conjunto con los demás miembros del EBS.
6. Realizar la ejecución del seguimiento en cumplimiento de las acciones y metas establecidas en los PICP, considerando las intervenciones individuales, familiares y comunitarias-colectivas PICP.
7. Coordinar y direccionar las acciones de promociones de la afiliación al sistema de salud en coordinación con la entidad los tramites de las mismas.
8. Participar en los espacios de participación social y popular socializando las acciones de los EBS

Anexo Registro fotográfico.



9. Realizar las intervenciones colectivas a través de visitas domiciliarias en el entorno hogar que conforman los microterritorio , respecto a las atenciones de promoción de salud, mantenimiento de la salud, y gestión del riesgo, para el fortalecimiento de las condiciones protectoras para la salud y gestión del riesgo en cada uno de ellos integrante de la familia,
10. Realizar articulación para la consecución de jornadas de intervención y promoción de la salud de las familias (brigada).
11. Activar los mecanismos de referencia y contrareferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad de la atención, en los servicios sociales, la asistencia social de las personas, familiar o comunidades que

por su situación lo requieran, así como direccionar la referencia de los individuos que lo ameriten (eventos de salud mental) activación de rutas.

12. Realizar la programación de las actividades a ejecutar de manera periódica y en los formatos institucionales establecidos para tal fin por la institución.
13. Recibir y entregar los diferentes insumos médicos y de dotación que se le entreguen para el desarrollo de las actividades y desarrollar en los diferentes territorios asignados.
14. De acuerdo a los resultados obtenidos en los procesos de captación, demanda inducida, canalización, caracterización y demás información que se genere por microterritorio y conforme con los lineamientos expedidos, generar un boletín informativo.
15. Prestar los primeros auxilios psicológicos en caso de requerirse y/o activación de ruta.

Para constancia se firma en Villavicencio meta a los 02 días del mes de diciembre de 2024



Carolina Gomez Santafe
CC.1023020974 de Btá
Contratista

INFORME DE LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS TERRITORIALES DE SALUD MICROTERRITORIO 1 - MACARENA

INFORME DE ACTIVIDADES 1

PERIODO REPORTE	21 DE NOVIEMBRE AL 30 NOVIEMBRE DE 2024	HORA	N/A
LUGAR	MACARENA - META		

PERSONA RESPONSABLE	
NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN/CARGO
MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTA FE	ESE Solución Salud – PSICOLOGO

OBJETIVO GENERAL:

- Realizar una caracterización exhaustiva de la situación de salud pública en una población priorizada por parte del ente territorial, con el fin de identificar los principales determinantes de salud, factores de riesgo y necesidades de atención, para así diseñar e implementar estrategias efectivas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención integral, contribuyendo a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población objetivo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar los estilos de vida y comportamientos de salud de la población, como hábitos alimenticios, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, con el fin de identificar áreas de intervención prioritarias.
- Evaluar los determinantes sociales de la salud, incluyendo factores socioeconómicos, ambientales, culturales y de acceso a servicios de salud, para comprender mejor las inequidades en salud.
- Identificar grupos de población vulnerables o en situación de riesgo, como niños, adultos mayores, personas con enfermedades crónicas o en situación de pobreza, y entender sus necesidades específicas de salud.
- Fomentar la integración de los servicios de salud para asegurar una atención continua y coordinada. Esto incluye la implementación de sistemas de información compartidos y la promoción de la colaboración entre profesionales de diferentes niveles de atención.
- Reforzar los programas de prevención y educación en salud para adultos, enfocándose en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades crónicas. Esto puede incluir campañas de concienciación, talleres comunitarios y el uso de tecnologías de la información para la educación a distancia.

en el Plan de Cuidado Integral Primario.

4. Realizar la canalización de los individuos, núcleos familiares y comunitarios, de acuerdo con los riesgos identificados en los micro territorios en el marco del APS.

5. Participar activamente en la planeación, coordinación, ejecución, seguimiento, monitoreo, control y evaluación del trabajo realizado en el micro territorio, según las actividades e intervenciones con todos los miembros del Equipo de Salud Territorial (EST).

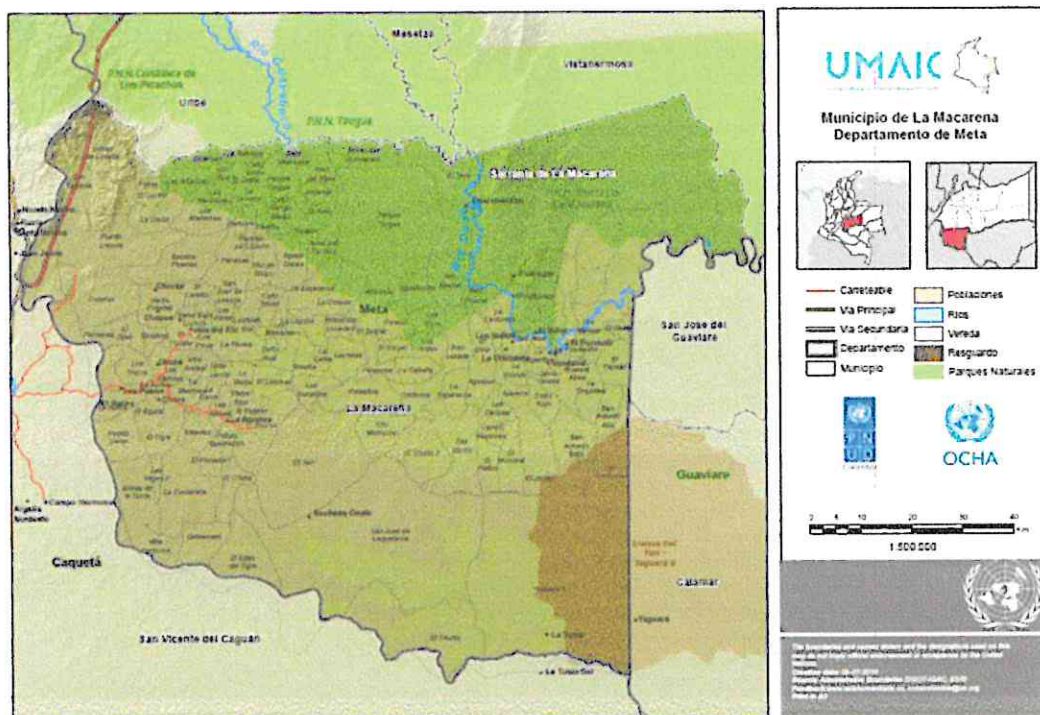
2. DESARROLLO DEL INFORME:

MARCO TEORICO

El ministerio de salud y protección social en uso de sus facultades legales y vigentes, bajo los lineamientos para la operación de los Equipos Básicos en Salud (EBS) según resolución 2788 de Diciembre de 2022, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) y lineamientos de promoción y mantenimiento de salud, se brindan las estrategias y metodologías para la implementación de los equipos en salud territorial, encabezados, 1 líder comunitario / promotor ; quien cumplirá las funciones de tener un primer acercamiento con los territorios y micro territorio como son definidos según resolución, así mismo un equipo básico conformado por 1 Médico, 1 enfermera (o), 4 auxiliares de enfermería, y 1 profesional de la salud-Psicólogo, quienes bajo la estrategia de APS, realizara un diagnóstico situacional del estado de salud de los territorios a intervenir, como también la identificación de factores de riesgos, ambientales, psicosociales, entre otros, todo lo anterior, bajo intervenciones a nivel, personal, familiar y comunitario según la necesidad identificada por el equipo básico en salud.

Uribe es una población y municipio colombiano situado en el departamento del Meta al sur, su nombre corresponde al apellido de Antonio Uribe, uno de los dos socios de la latifundista Compañía Colombia, que con el permiso oficial explotó los inmensos bosques naturales de quina de la región.

El municipio de La Macarena es el tercer Municipio del Departamento del Meta con la mayor extensión territorial, ya que el primero es Puerto Gaitán (17,430 Km) Mapiripan (11,400 Km) y La Macarena (11.229 Km). Limites Limita por el norte con los municipios de la Uribe y Vistahermosa; al sur con el departamento de Caquetá, al oriente con el municipio de Vistahermosa y el departamento del Guaviare y al occidente con el departamento del Caquetá. Mapa 1. División política administrativa y límites del Municipio de La Macarena Meta 2019



Fuente: <https://reliefweb.int/map/colombia/colombia-municipio-de-la-macarena-departamento-de-meta-06-07-2016>

Extensión territorial La extensión del Municipio de La Macarena Meta está dividida en área urbana 213 km² y en el área rural de 11.016 km² para un total de 11.229 kilómetros cuadrados, siendo uno de los más extensos del Departamento.

PLANEACION

- **Ejecución del proyecto:** De acuerdo a las condiciones contractuales con la ESE departamental, se realiza ejecución de labores el 21 de noviembre del 2024 en donde se realiza reunión con junta de acción comunal en la vereda Orquidea y Buenos aires con el fin de socializar el proyecto de APS y de esta manera iniciar ejecución de actividades en estas veredas en el mes de Noviembre.

Mecanismo para la realización de las visitas:

RECURSOS HUMANO

Equipo interdisciplinario, enfermera, 3 auxiliares, psicólogo y médico.

MATERIALES FÍSICOS PARA LA EJECUCIÓN

- Equipos biomédicos
- Consentimientos

- Fichas de canalización
- Esferos
- Lápices
- Borradores

Se hace uso de transporte (motocicleta) con recursos del equipo, se realiza desplazamiento vivienda por vivienda y en algunos casos caminando dependiendo de la localización de cada una de ellas.

Paso a paso

Llegamos a la casa nos presentamos, explicamos el procedimiento que vamos a realizar y pasamos a que nos autoricen el ingreso, firmando el consentimiento.

Solicitan el ingreso a la cabeza de hogar, todos los documentos de los miembros de la familia que viven en la casa. para iniciar la recolección de información para ingresarla en la aplicación de epicollect5. Tomando así datos de la vivienda, estado en el que se encuentra la familia y la vivienda. En el cual se identifica el estado de la vivienda, habitualidad, movilidad, accidentes en el hogar, agua y saneamiento básico, higiene, aire intradomiciliario, zoonosis, control de vectores, disposición de residuos, alimentos e higiene, morbilidad sentida, características discapacidad, características víctimas del conflicto, instrumentos de valoración salud familiar, toda esta información es recopilada por las auxiliares, luego de ello se diligencian el BRANCH dependiendo la edad y la ruta de atención que requiera el usuario. Tomando los siguientes datos para los BRANCH de primera infancia, infancia: municipio, código de familia, nombre completo, tipo de documento, número de documento, régimen, EAPB, edad, sexo, parentesco, peso, talla, perímetro cefálico, perímetro braquial, perímetro abdominal, tensión arterial, y si presenta alguna condición de vulnerabilidad.

Y los siguientes datos en los BRANCH para adolescencia, juventud, adultos, vejez, municipio, código de familia, nombre completo, tipo de documento, número de documento, régimen, EAPB, edad, sexo, parentesco, peso, talla, tensión arterial, glucometría y si presenta alguna condición de vulnerabilidad.

Terminando la recolección de la información se hace la canalización y se remite al usuario a la ruta de atención a valorar. Posteriormente, mediante la búsqueda activa realizamos la detección de necesidades, y priorizamos las familias en las que se identificaron factores de riesgo a el servicio de psicología o medicina.

Posterior a ello el profesional en psicología realiza el acercamiento a las viviendas

Plan de Cuidado, Canalización EBS. Agosto 2024.

Evidencia fotográfica

Visitas a las veredas de acercamiento inicial.




Carolina Gomez Santafe
Profesional en Psicología

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD	Version 7	Codigo FR-CON-04	
	ASIGNACION DE COSTOS	FECHA VIGENCIA 2021/08/26	Documento Controlado	

NOMBRE CONTRATISTA	Maira Carolina Gomez Santafe
PERIODO	21 DE NOVIEMBRE DEL 2024 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024
No. CONTRATO	2286

SUCURSAL		PROCENTAJE	
01	SEDE CENTRAL		%
02	SAN JUAN ARAMA		%
03	LEJANIAS		%
04	LA URIBE		%
05	MESETAS		%
06	LA MACARENA	100.00	%
07	PUERTO CONCORDIA		%
08	MAPIRIPAN		%
09	PUERTO LLERAS		%
10	VISTA HERMOSA		%
11	EL CASTILLO		%
12	EL CALVARIO		%
13	SAN JUANITO		%
14	PUERTO GAITAN		%
15	CABUYARO		%
16	BARRANCA DE UPIA		%
17	CUMARAL		%
18	RESTREPO		%
TOTAL			%

CENTRO DE COSTOS		
1	ASISTENCIAL	VALOR
101314	HOSPITALIZACIÓN	
102311	CONSULTA EXTERNA	
103323	URGENCIAS	
104317	P.Y P. ODONTOLOGIA	
104318	PROMOCION Y PREVENCIÓN	2,000,000
104319	ARCHIVO C.A.	
106320	EPIDEMIOLOGIA (VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA)	
108315	LABORATORIO CLINICO (APOYO DIAGNOSTICO)	
108319	RAYOS X (APOYO DIAGNOSTICO)	
109328	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	
110001	ATENCION DEL PARTO	
111001	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS (ASISTENCIAL)	
112002	SUBGERENCIA ASISTENCIAL	
112004	TAMIZAJE O ENCUESTAS	
112000	AMBULANCIA	
113000	ODONTOLOGIA GENERAL	
114001	ACTIVIDADES PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.	
114002	COVID -19	
TOTAL		\$ 2,000,000.00

2	ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	VALOR
201111	GERENCIA	
201112	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	
201113	OFICINA ASESORA JURIDICA	
201114	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	
201115	OF. ASESORA DE CONTROL INTERNO	
201116	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	
201217	VEHICULOS ADMINISTRATIVOS	
201218	CENTRO DE DOCUMENTACIÓN	
201220	RECURSO HUMANO	
201221	SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD EN EL TRABAJO	
201222	MANTENIMIENTO	
201223	VIGILANCIA	
201224	SERVICIOS GENERALES	
201313	FARMACIA	
201316	MEDIO AMBIENTE	
201321	SERVICIO AL CIUDADANO	
201324	MERCADEO	
201325	AUDITORIA MEDICA	
201326	CALIDAD	
201327	AREA CUENTAS -PROVEEDORES	
201330	INFRAESTRUCTURA	
201332	RECEPCION	
201334	COORDINADOR ASISTENCIAL	
201335	ARCHIVO ADMINISTRATIVO	
202211	SUBG. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
202212	CONTABILIDAD	
202213	PRESUPUESTO	
202214	FACTURACIÓN	
202215	CARTERA	
202216	TESORERIA	
202217	COMPRAS	
202218	COSTOS	
202219	ALMACEN	
TOTAL		

Para constancia se firma en Macarena, 2 de diciembre de 2024.

LUZ MARIA CARRERO LEON
SUPERVISORA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSION 1	Código FR-CON-05	
	DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS PERSONAL CPS	FECHA VIGENCIA 2024/02/12	DOCUMENTO CONTROLADO	GOBERNACIÓN DEL META

Artículos 206, 336, 383 y 387 del ET, los cuales terminaron siendo reglamentados con el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 sistema de determinación del impuesto de renta de las personas naturales, clasificadas en la categoría DE RENTAS DE TRABAJO Vigencia 2024

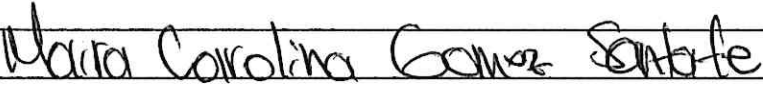
Señores:
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD".
El/llavencio

Yo, MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.023.020.974 de Bogota, dando cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 103 y 83 del Estatuto Tributario, manifiesto expresamente y solo para fines tributarios bajo gravedad de juramento la siguiente información:

1	Soy persona natural, residente en Colombia.	X	
2	Los ingresos percibidos como contraprestación al servicio prestado objeto del contrato de prestación de servicios, relacionado en esta certificación, corresponden a rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal reglamentaria (Parágrafo 2 Art 383 E.T)	X	
3	Soy declarante del Impuesto sobre la renta.	X	
4	Mis ingresos totales anuales superan los 1.400 UVT (Verificar el valor de la UVT al inicio de cada año).		X
5	Durante el año anterior realice pagos por concepto de intereses financieros por la adquisición de vivienda o leasing habitacional (Adjuntar certificado anual Artículo 387 E.T).	X	
6	Durante el año anterior realice pagos por concepto de medicina prepagada (Adjuntar certificado anual Artículo 387 E.T)		X
7	Actualmente tengo dependientes económicos (Artículo 387 E.T)	X	
8	Los pagos de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y arl, corresponden a la base mínima del 40% de los ingresos.	X	
9	¿El contribuyente imputa costos en su declaración de renta correspondiente al año 2024?		X

Código actividad económica Industria y Comercio 8692

En constancia de lo anterior se firma a los 2 días del mes de diciembre de 2024

Firma: 
Nombre completo: MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE
Número de Cédula: 1.023.020.974
Correo electronico: Karomg03@hotmail.com
Teléfono celular: 3023741693
Dirección para notificaciones: CALLE 75 A SUR 10A 65

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141054989748



(415)7707212482984(8020) 000014105498974 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

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

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 2 3 0 2 0 9 7 4

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

SANTAFE

33. Primer nombre

MAIRA

34. Otros nombres

CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 75 A 10 A 65

42. Correo electrónico

karcmg03@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 2 3 7 4 1 6 9 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 4 2 8

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 5 1 4

Otras actividades

50. Código

1 2

8 5 6 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

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

2024 - 07 - 04 / 07 : 57: 13

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 103 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE Identificado con CC 1023020974

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SANTA LIBRADA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24076037896
Fecha de apertura:	9 de Agosto de 2017
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 10 de Noviembre de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva