Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-07-01	**Hasta:**	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ		**Número de Documento:**	79711379	
Correo Electrónico:	osjmorenooma@unal.edu.co		**Número Telefónico:**	3204059662	
Nombre del Supervisor:	JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1321-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	275
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PUBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	**Dirección**	**Unidad**	**Total**	**Procetaje(%) Centro de Costos**
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$4886080	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4886080**	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHENTAPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2022-01-19		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-04-30	1	$ 474380	1014
2	2022-05-01	2022-06-20	2	$ 7906278	1291
3	2022-06-21	2022-08-15	3	$ 1628694	1738
4	2022-07-01	2022-07-31	4	$ 4886080	1823
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		$ 4791204
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1047573573			
2022	JUNIO	2022	07	19				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUATROPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1916482	$ 306637	$ 306700
Salud					COMPENSAR		$ 239560	$ 239600
ARL				3	SURA		$ 46686	$ 46700
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	$ 556201	$ 593000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870386887

Oscar Joaquin Moreno Martinez

OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ
79711379

Jeisson Rodrigo Parra Triana
Cc. 80724755
Referente Público

JEISSON RODRIGO PARRA TRIANA
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

© Siasur - 2022

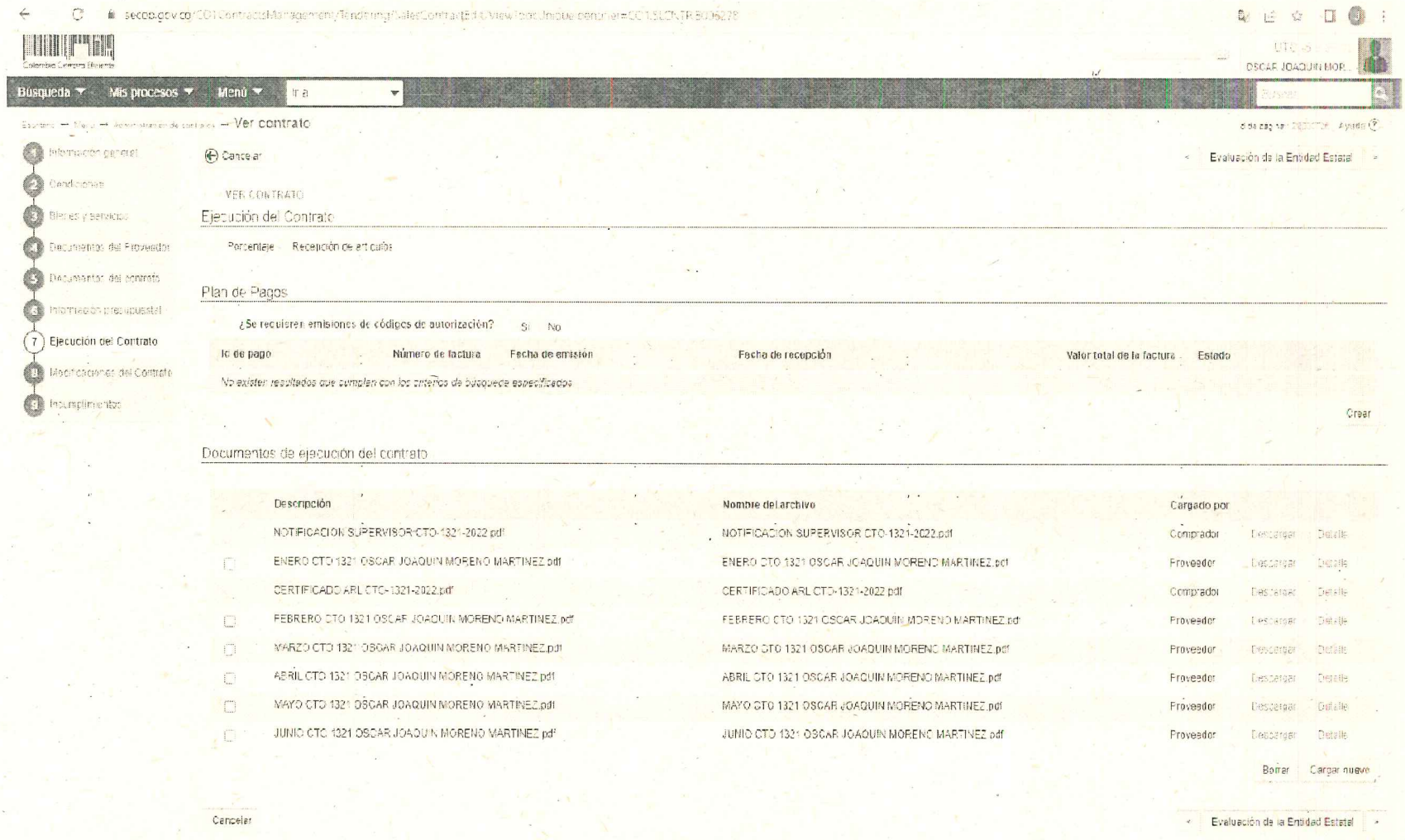
Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-07-19, 07:15:53 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2022
Empresa	OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 79711379
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1047573573
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1560455832
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 604.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 306.700	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 239.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 46.700	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 11.500	$ 0
		SubTotales:		$ 604.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 604.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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!


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
NOTIFICACION SUPERVISOR CTO 1321-2022.pdf
NOTIFICACION SUPERVISOR CTO 1321-2022.pdf
Comprador
ENERO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
ENERO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
Proveedor
CERTIFICADO ARL CTO-1321-2022.pdf
CERTIFICADO ARL CTO-1321-2022.pdf
Comprador
FEBRERO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
FEBRERO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
Proveedor
MARZO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
MARZO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
Proveedor
ABRIL CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
ABRIL CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
Proveedor
MAYO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
MAYO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
Proveedor
JUNIO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
JUNIO CTO 1321 OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nueve
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ
Identificación:	79711379
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	osjmorenoma@unal.edu.co
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	13/07/22 0:00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Ultima Actualizacion: 13-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, OSCAR JOAQUIN MORENO MARTINEZ

IDENTIFICADO CON C.C. (X) **C.E.** ( ) **T.I.** ( ) **No.** 79711379 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CALLE 57C # 78L-34 SUR **Teléfonos** 3204059662 7770991

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOAQUIN MORENO ROJAS	3031104	Padre
NOHORA EDILMA MARTINEZ DE MORENO	35335134	Madre

ubred Integrada de Servicios e Salud Sur E.S.E.

EDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS OLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y EBERES INSTITUCIONALES.

cha

mb

gunt

me

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.

Se registró la información con éxito

Aceptar

gunta requerida

idad de atención

gunta requerida