Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

4418

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4418-2018 **C.D.P. No.:** 2423

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: BRAYANN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN **C.C.** 1.026.296.794 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-30 **Valor Mensual:** $ 1.500.000 **Valor a cobrar:** $ 1.350.000

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				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	4225408292
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.500.000	$ 1.500.000	$ 1.350.000	$ 150.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-04 **Hasta:** 2018-07-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el linemiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
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.	recepcion del cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion el instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana (PYD) Y evaluacion del riesgo (identificacion de alertas alta, media, baja) y 6 diarias de acuerdo a los hallazgos de la visita los gestores por medio de la escala de alertas clasificara a la familia y desarrolla las acciones segun el caso. entrega diaria de productos informando y reportando las realizadas y fallidas.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
4		
5		

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. 1.026.296.794 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	LIDER DE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026296794
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BRAYAN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN		RODRIGUEZ GUAYAZAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 36 H # 5 - 25 ESTE	TELÉFONO:	6597598
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4225408292	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:	AÑO: 2018		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/07/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990151090		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 97.700
SUBTOTAL:			1	**$ 97.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 19.100
SUBTOTAL:			1	**$ 19.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 241.800**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8606799157 DV: 326712

Cajero: EDGARCRUZ

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 18/07/2018 13:05:39

PS Recaudador:
994944 LA VICTORIA PARQUE PRINCIPAL II (T)

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1026296794

Nombre: BRAYAN
Apellido 1: RODRIGUEZ
Apellido 2: GUAYAZAN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3124283846
Codigo Planilla: 4225406292
Periodo Pago: 2018/07
Valor Cuision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
1026296794	$241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4418-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA
Nombre del Contratista:	BRAYANN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN			**C.C.**	1.026.296.794 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-04	**Fecha Terminación incial:**	2018-08-03	**Valor Mensual:**	$ 1.500.000 **Valor a cobrar:** $ 1.500.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	4225408292
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	4229230064
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.500.000	$ 3.000.000	$ 2.850.000	$ 150.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el linemiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
2	Apoyar las prestaciones de servicios en el PIC presentando la informacion y "o" soporte que soliciten y que corresponden al objeto o actividades contractuales y de acuerdo al anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	recepcion del cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas. ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion el instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana (PYD) Y evaluacion del riesgo (identificacion de alertas alta, media, baja) y 6 diarias de acuerdo a los hallazgos de la visita los gestores por medio de la escala de alertas clasificara a la familia y desarrolla las acciones segun el caso. entrega diaria de productos informando y reportando las realizadas y fallidas.
3	presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
4		
5		

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. 1.026.296.794 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE DE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancoomeva

Certificamos que BRAYAN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1026296794, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) BRAYANN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN con documento CC 1026296794, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4229230064	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	AGOSTO/2018	Periodo Cotización Salud	AGOSTO/2018
Fecha Pago	2018/08/13	Número de Autorización	9990546269

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		
SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	12,500 %
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-7 - SEGUROS BOLIVAR SA
Días	30	Tarifa	2,436 %
Clase de Riesgo	3		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada

Planilla Pagada



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8615110451 DV: 605064

Cajero: JADUARTE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 13/08/2018 14:28:48

PS Recaudador:
010459 LA VICTORIA ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1026296794

Nombre: BRAYAN STIH
Apellido 1: RODRIGUEZ
Apellido 2: GUAYAZAN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3144572113
Codigo Planilla: 4229230064
Periodo Pago: 2018/08
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
1026296794	$241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4418-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: BRAYANN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN **C.C.** 1.026.296.794 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación inicial:** 2018-07-30 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-03	2018-09-03
2	$ 6.205.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	4225408292
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	4229230064
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4240623302
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.500.000	$ 9.205.000	$ 4.350.000	$ 4.855.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el linemiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
2	Apoyar las prestaciones de servicios en el PIC presentando la informacion y "o" soporte que soliciten y que corresponden al objeto o actividades contractuales y de acuerdo al anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	Recepcion del cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas. ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion el instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana (PYD) Y evaluacion del riesgo (identificacion de alertas alta, media, baja) y 5 diarias de acuerdo a los hallazgos de la visita los gestores por medio de la escala de alertas clasificara a la familia y desarrolla las acciones segun el caso. entrega diaria de productos informando y reportando las realizadas y fallidas.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realizar apropiacion conseptual de los lineamientos sumistrados por secretaria de salud
4	Apoyar las actividades inherentesal objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definida dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion del servicio de salud	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se coonsignan las actividades programadas durante el mes siguiente atendiendo acciones establecidas en el lineamiento
5	Realizar las visitas en campo deacuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Realizartamisaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones deacuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada
7		
8		
9		
10		

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

BRAYAN RODRIGUEZ
Firma del Contratista

C.C. 1.026.296.794 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE DE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026296794
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BRAYAN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN		RODRIGUEZ GUAYAZAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 36 H # 5 - 25 ESTE	TELÉFONO:	6597598
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4240623302**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:	AÑO: 2018		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/09/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991070364		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 97.700
SUBTOTAL:			1	**$ 97.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 19.100
SUBTOTAL:			1	**$ 19.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 241.800**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8627596390 DV: 180616

Cajero: JADUARTE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 18/09/2018 16:32:53

PS Recaudador:
010439 LA VICTORIA ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1026296794

Nombre: BRAYAN STITH
Apellido 1: RODRIGUEZ
Apellido 2: GUARIN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3143521113
Codigo Planilla: 4240523302
Periodo Pago: 2018/09
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
1026296794	$241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendese que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4418-2018 **C.D.P. No.:** 2423

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: BRAYANN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN **C.C.** 1.026.296.794 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-30 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	2667	2018-08-03	2018-09-03
2	$ 6.205.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	4225408292
2	AGOSTO	$ 1.550.000	$ 241.800	4229230064
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4240623302
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4240623302
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.500.000	$ 9.205.000	$ 5.850.000	$ 3.305.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el linemiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
2	Apoyar las prestaciones de servicios en el PIC presentando la informacion y "o" soporte que soliciten y que corresponden al objeto o actividades contractuales y de acuerdo al anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	Recepcion del cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas. ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion el instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana (PYD) Y evaluacion del riesgo (identificacion de alertas alta, media, baja) y 5 diarias de acuerdo a los hallazgos de la visita los gestores por medio de la escala de alertas clasificara a la familia y desarrolla las acciones segun el caso. entrega diaria de productos informando y reportando las realizadas y fallidas.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realizaar apropiacion conseptual de los lineamientos sumiisrados por secretaria de salud
4	Apoyar las actividades ihnerentesal objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definida dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion del servicio de salud	Diligenciamiento del cronograma manualmente en el que se coonsignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordesacciones establecidas en el lineamiento
5	Realizar las visitas en campo deacuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Realizartamisaje a usuarios que asisten a la estratejia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones deacuerdo a los anexos operativos de cada espaciio de vida o componente transversal	Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada
7		
8		
9		
10		

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

Brayan Rodriguez
Firma del Contratista

C.C. 1.026.296.794 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE DE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 56 N. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

NIT CC 80750536390 DV: 180616

Cajero: JADUARTE

Punto beneficiario:
010439 LA PILA RECAUDO

Fecha: 18/09/2018 15:32:53

PS Recaudador:
010439 LA VICTORIA ::

Cantidad: 1

Identif.: 1026296794

Nombre: BRAYAN STITH
Apellido 1. RODRIGUEZ
Apellido 2. GUAYAZAN
TIPO DOCUMENTO CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3143572113
Codigo Planilla 4240623102
Periodo Pago 2018/09
Valor Comision 0
Valor Iva Comision 0

Referencia	Valor
1026296794	$241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de esta parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesta verbalmente su autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente ha entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

ERALES DEL APORTANTE

DANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026296794
	BRAYAN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN RODRIGUEZ GUAYAZAN
ITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
STE TELÉFONO:	6597598
TE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
DA ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
O	
	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4240623302	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES septiembre	AÑO	2018
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/09/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9991070364

TOTAL APORTES A PENSIÓN

No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
		EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
								$ 125.000	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
											$ 97.700	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
							$ 19.100	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
PENSIÓN										SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
				SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																					
5-14 OLPENSI IES	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	102629679	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

Planilla Pagada

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: S 4418-201 **C.D.P. No.:** 2423

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: BRAYANN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN **C.C.** 1.026.296.794 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-30 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-03	2018-09-03
2	$ 6.205.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	4225408292
2	AGOSTO	$ 1.550.000	$ 241.800	4229230064
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4240623302
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4240623302
5	NOVIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4243694014
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.500.000	$ 9.205.000	$ 5.850.000	$ 3.305.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el p **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el linemiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
2	Apoyar las prestaciones de servicios en el PIC presentando la informacion y "o" soporte que soliciten y que corresponden al objeto o actividades contractuales y de acuerdo al anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	Recepcion del cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas. ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion el instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana (PYD) Y evaluacion del riesgo (identificacion de alertas alta, media, baja) y 5 diarias de acuerdo a los hallazgos de la visita los
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de	Realizaar apropiacion conseptual de los lineamientos sumiisrados por secretaria de salud
4	Apoyar las actividades inherentesal objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definida dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion del servicio de salud	Diligenciamiento del cronograma manualmente en el que se coonsignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordesacciones establecidas en el lineamiento
5	Realizar las visitas en campo deacuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Realizartamisaje a usuarios que asisten a la estratejia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones deacuerdo a los anexos operativos de cada	Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada

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

BRAYANN Rodriguez
Firma del Contratista

C.C. 1.026.296.794 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE DE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8646528513 DV. 187142

Cajero: JADUARTE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 13/11/2018 14:32:14

PS Recaudador:
010439 LA VICTORIA ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1026296794

Nombre:	BRAYANN STIHH
Apellido 1:	RODRIGUEZ
Apellido 2:	GUAYAZAN
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3023296542
Codigo Planilla:	4243694014
Periodo Pago:	2018/10
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
1026296794	$241.800.00

Valor recibido: $241.800.00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026296794
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BRAYAN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN		RODRIGUEZ GUAYAZAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 36 H # 5 - 25 ESTE	TELÉFONO:	6597598
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4243694014	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO		2018
DIAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9991839495

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CAN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1026296794	RODRIGUEZ GUAYAZAN BRAYANN STITH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	102629679	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4418-2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: BRAYANN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN **C.C.** 1.026.296.794 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-30 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-03	2018-09-03
2	$ 6.205.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	4225408292
2	AGOSTO	$ 1.550.000	$ 241.800	4229230064
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4240623302
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4243694014
5	NOBIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4252136067
6	DICIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4252136067
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.500.000	$ 9.205.000	$ 9.100.000	$ 105.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el linemiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
2	Apoyar las prestaciones de servicios en el PIC presentando la informacion y "o" soporte que soliciten y que corresponden al objeto o actividades contractuales y de acuerdo al anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	Recepcion del cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas. ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion el instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana (PYD) Y evaluacion del riesgo (identificacion de alertas alta, media, baja) y 5 diarias de acuerdo a los
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realizaar apropiacion conseptual de los lineamientos sumiisrados por secretaria de salud
4	Apoyar las actividades ihnerentesal objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definida dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion del servicio de salud	Diligenciamiento del cronograma manualmente en el que se coonsignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordesacciones establecidas en el lineamiento
5	Realizar las visitas en campo deacuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Realizartamisaje a usuarios que asisten a la estratejia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones deacuerdo a los anexos operativos de cada espaciio de vida o componente transversal	Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada

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. 1.026.296.794 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE DE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026296794
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BRAYAN STITH RODRIGUEZ GUAYAZAN		RODRIGUEZ GUAYAZAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 36 H # 5 - 25 ESTE	TELÉFONO:	6597598
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4252136067	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/12/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992382005

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 97.700
SUBTOTAL:			1	**$ 97.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 19.100
SUBTOTAL:			1	**$ 19.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 241.800**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8658365264 DV: 272175

Cajero: DIKAROVI

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 14/12/2018 08:29:17

PS Recaudador:
902155 SAN JOSE CRA 12 I

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1026296794

Nombre:	BRAYAN
Apellido 1:	RODRIGUEZ
Apellido 2:	NAA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3023296542
Codigo Planilla:	425213606?
Periodo Pago:	2018/11
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia	Valor
1026296794	$241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserva este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co