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 – GESTION 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 2104 2019 **C.D.P. No.:** 186

Proceso al que pertenec PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertene SUBRED CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA- VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL

Nombre del Contratista: ANAMARIA MOSER **C.C.** 52 518 244 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3 095 400 **Valor a cobrar:** $ 2 523 424

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3 000 000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8 986 200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3 095 400	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6 201 600	1901	2019-09-04	2019-10-14
5	$ 4 138 458	2561	2019-10-15	2019-11-20
6	$ 5 540 964	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2 792 589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3 499 148	189		
9	$ 3 095 400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 2 523 424	960	2020-04-04	2020-05-03
11				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3 000 000	$ 372 000	7713341559
2	MARZO	$ 3 000 000	$ 372 000	7713341796
3	ABRIL	$3 095 400	$ 384 200	7715790611
4	MAYO	$3 095 400	$ 383 700	7718295539
5	JUNIO	$3 095 400	$ 383 700	7720470829
6	JULIO	$3 095 400	$ 383 700	7723666065
7	AGOSTO	$3 095 400	$ 383 700	7726152852
8	SEPTIEMBRE	$3 095 400	$ 383 700	7728536960
9	OCTUBRE	$3 095 400	$ 383 700	7731298415
10	NOVIEMBRE	$3 095 400	$ 383 700	7733925972
11	DICIEMBRE	$3 095 400	$ 383 700	7736660756
12	ENERO	$3 095 400	$ 383 700	5157082429
13	FEBRERO	$3 095 400	$ 383 700	7743996789
14	MARZO	$3 095 400	$ 383 700	7746559643
15	ABRIL	$2 523 424	$ 383 700	7749498195

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 46.173.403	$ 45.668.224	$ 505.179

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA 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:** 2020-04-01 **Hasta:** 2020-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	REALIZAR AUTORIZACIONES SANITARIAS DEFINITIVAS LOCALIDAD MÁRTIRES
2	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.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN IVC AUTORIZACIONES SANITARIAS DEFINITIVAS , 1 OPERATIVOS, VISITAS IVC EXPENDIOS DE CARNE Y PRODUCTOS CARNICOS COMESTIBLES, MUESTREO
3	3 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	SE REALIZA ENTREGA DEL RESPECTIVO CRONOGRAMA EN FISICO
4	4 Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud	ENVIO DE LAS RESPUESTA A PETICIONES , SDQS , SOLICITUDES DE LA ALCALDIA, SOLICITUDES DE POLICIA ASIGNADOS POR EL LIDER OPERATIVO AL CORREO DE CORRESPONDENCIA
5	5 Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN IVC AUTORIZACIONES SANITARIAS DEFINITIVAS , 1 OPERATIVOS, VISITAS IVC EXPENDIOS DE CARNE Y PRODUCTOS CARNICOS COMESTIBLES, MUESTREO

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL SURA
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Anamaria Moser C.

Firma del Contratista ANAMARIA MOSER CASTAÑEDA

C.C. 52.518.244 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LORENA AYDEE HERREÑO TELLEZ C.C 1 030 526 487
CARGO:	LIDER OPERATIVO ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - REFERENTE DE PROCESO
FIRMA	p/p

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
599804410

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
14/04/2020

Número de aprobación
00804410

Dirección IP
186.83.1.82

Valor transacción
$ 384.200,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.16.20.158	CC	52518244

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017

DAVIVIENDA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52518244
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA MARIA MOSER CASTANEDA MOSER CASTAÑEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 27A N 42-49	TELÉFONO:	2683429
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7749498195**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/04/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		599804410

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 198.600
SUBTOTAL:			1	**$ 198.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 155.200
SUBTOTAL:			1	**$ 155.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 30.400
SUBTOTAL:			1	**$ 30.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 384.200**