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 2104 2019	**C.D.P. No.:**	188	**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 Mensua** $ 3.095.400 **Valor a cobrar:** $ 3.095.400

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	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-14
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-15	2019-11-20
6	$ 6.540.984	2988	2019-11-21	2020-01-03
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

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	7720470828
6	JULIO	$3.095.400	$ 383.700	7723666065
7	AGOSTO	$3.095.400	$ 383.700	7726152852
8	SEPTIEMBRE	$3.095.400	$ 383.700	7728538960
9	OCTUBRE	$3.095.400	$ 383.700	7731298415
10	NOVIEMBRE	$3.095.400	$ 383.700	7733925972
11	DICIEMBRE	$3.095.400	$ 383.700	7736860758
12				
13				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 35.262.842	$ 33.858.600	$ 1.404.242

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:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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.	ACTIVIDADES IVC PLAZA DE MERCADO DE MERCADO PALOQUEMAO
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;
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;

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

Firma del Contratista ANAMARIA MOSER CASTAÑEDA

C.C. 52.518.244 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO:	Coordinador Area de Vigilancia de la Salud Ambiental
FIRMA	

SOI

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:	**7736860758**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD:		AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			532228766

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 198.400
SUBTOTAL:			1	**$ 198.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 155.000
SUBTOTAL:			1	**$ 155.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 30.300
SUBTOTAL:			1	**$ 30.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 383.700**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
532228766

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
09/12/2019

Número de aprobación
00228766

Dirección IP
191.95.54.255

Valor transacción
$ 383.700,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.16.20.158	CC	52518244

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017

DAVIVIENDA

SaludTotal

Bogotá, Diciembre 9 de 2019

Señora:
MOSER CASTAÑEDA ANAMARIA
CC. 52518244
CR 27 A 42 49 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 18 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RINCON MOSER JUAN ANDRES	1000857348	T	Oct-18-2017	56	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MOSER CASTAÑEDA ANAMARIA	52518244	C	Oct-18-2017	56	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ANAMARIA MOSER CASTAÑEDA	52518244	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

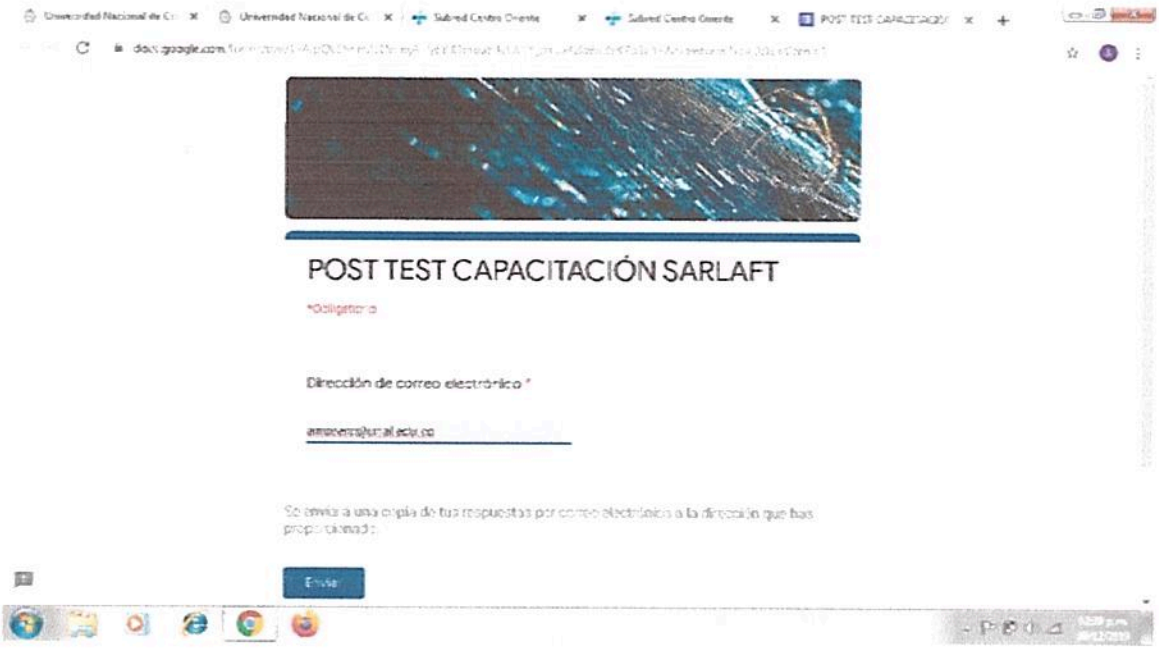
CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

*Obligatorio

Dirección de correo electrónico *

Se enviará una copia de tus respuestas por correo electrónico a la dirección que has proporcionado

Enviar