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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4526 2020 **C.D.P. No.:** 1596 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - VIGILANCIA AMBIENTAL PUBLICA SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: GIOVANNI ANDRÉS SÁENZ SALCEDO **C.C.** 80.113.620 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-06-25 **Fecha Terminación incial:** 2020-08-31 **Valor Mensual:** $ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.785.328	2710	2020-09-01	2020-10-31
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	JUNIO	$ 429.840	$ 272.500	9407549367 JUNIO
2			$ 16.800	9408401000 JUNIO
3	JULIO	$ 2.197.015	$ 272.500	9407549367 JUNIO
4			$ 16.800	9408401000 JUNIO
5	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 289.300	9408659035 JULIO
6	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 289.300	9409692837 AGOSTO
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
$ 5.785.328	$ 9.785.328	$ 7.020.885	$ 2.764.443

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Relación de actividades para el period **Desde:** 2020-09-01 **Hasta:** 2020-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Prestar servicios profesionales en Medicina Veterinaria, desarrollando actividades en el plan de de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE	Registro de la información del actividades para el control de la rabia en el aplicativo SIVIGILA D C para el mes certificado
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 de manera oportuna y pertinente para la digitación	Registro de la información del actividades para el control de la rabia en el aplicativo SIVIGILA D C para el mes certificado
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Actividades de radicación en los días asignados por el líder operativo	Alimentar el drive según base priorizada de SDS
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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Se realiza alistamiento y entrega de soportes para auditoría del período comprendido de SEPTIEMBRE 2020 A OCTUBRE 2020	Informes de auditoría
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal Contenidas en el fomato de necesidad de personal, que hace parte integral del presente contrato	Actividades desarrolladas en visitas sanitarias en VACUNACION CANINA Y FELINA	Registro de la información del actividades para el control de la rabia en el aplicativo SIVIGILA D C para el mes certificado

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. 80.113.620 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ALBA LUZ CARO C.C. 51946662
CARGO:	LIDER VACUNACIÓN LINEA ETOZ
FIRMA	Alba Luz Caro Rojas
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA P. C.C. 79.913.818
CARGO:	LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80113620		SAENZ SALCEDO GIOVANNI ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 36 sur No 75-13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4774470	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	96817373	9409692837	I	2020/09/04	2020/09/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$21,400	$0	$0	$21,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$289,300**	**$0**	**$0**	**$289,300**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80113620		SAENZ SALCEDO GIOVANNI ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 36 sur No 75-13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4774470	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	96817373	9409692837	I	2020/09/04	2020/09/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$877,803**	**$140,500**			**$877,803**	**$109,800**			**$877,803**	**$17,600**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	80113620	SAENZ GIOVANNI	230201	30	$877,803	$140,500	EPS037	30	$877,803	$109,800	CCF22	30	$877,803	$17,600	14-7	30	$877,803	$21,400	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0

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

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCARIO OCCIDENTE

REFERENCIA	9409692837
NUMERO DE APROBACION	817373
Fecha:	08/09/2020 10:40:03
DV:	202719
NUM. TRANSACCION	1017951091
Valor	$289.300,00

CORRESPONSAL BANCARIA PARA CORRESPONSAL BANCARIO OCCIDENTE, LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. REQUERIMIENTOS 01 8000 512825

PS Recaudador: 905876 EXPRESS EFECTY PLAZOLETA ETB

Cajero: LIMATOTO

Recibi Conforme:_____

C.C._____