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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	5485 2020	**C.D.P. No.:**	2797	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA
Nombre del Contratista:	OMAR IVÁN ACEVEDO PÉREZ			**C.C.**	1.022.424.497 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-09-01	**Fecha Terminación inicial:**	2021-10-31	**Valor Mensual:**	$ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	$ 1.183.583	3919	2020-12-01	2020-12-15
4	$ 5.413.433	4112	2020-12-16	2021-01-31
5	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
6	$ 3.570.149	549	2021-03-01	2021-03-31
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	SEPTIEMBRE	$ 3.451.147		
2	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	46464521
3	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	46916815
4	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	47256984
5	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.900	47624979
6	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.900	47988813
7	MARZO_2021	$ 1.300.000	$ 441.900	48483868
8	MARZO_2021	$ 2.270.149		
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
$ 7.140.304	$ 25.068.514	$ 24.872.041	$ 196.473

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-03-01 **Hasta:** 2021-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1.Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Realizar acciones en el espacio vivienda de acuerdo a los lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos repectivos del supervisor del contrato.	cronograma mensual de actividades, cronograma diario de actividades realizadas
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.	Realizar seguimiento telefónico y visitas domiciliarias a cohortes priorizadas por SDS. Identificación de posibles riesgos en la familia a abordar teniendo en cuenta el evento y o la prioridad por la que es abordada. Identificar personas o familias vulnerables, condiciones generales de salud con énfasis en desarrollo motor de los niñ@s, enfermedades respiratorias, hábitos de vida saludables y aspectos claves para covid-19. Brindar información en salud con estrategias dirigidas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, establecer compromisos de acciones que la familia a abordar pueda y tenga que realizar en su vivienda, activar las rutas acordes a las necesidades identificadas.	Diligenciamiento de drive dispuestos para registro de llamados telefonicos y visitas domiciliarias,diligenciamiento de formatos, base vsp, base de canalizaciones convenio ACH
3	3.presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Reporte diario de las familias abordadas por visita domiciliarias discriminandolos por numero de niños caracterizados por base, numero de visitas fallidas, clasificacion nutricional de niños caracterizados. numero de niños con desnutricion severa, numero de niños con desnutricion aguda moderada, numero de niños con riesgo a desnutricion , numero de niños con peso adecuado y numero de niños con riesgo o sobrepeso.	Diligenciamiento de drive para reporte diario ,diligenciamiento de formato, base de canalizaciones, base vsp y cronograma de actividades.
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 habitacionf y acreditacion de servicios de salud	Apoyo y cumplimiento de actividades realizadas desde la coordinación.	Asistencia a las actividades de capacitacion establecidas segun el lider operativo
5	5.realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Realizar seguimiento telefonico o domiciliario según las metas programadas y asignadas.	cumplimiento de las metas semanales, diligenciamiento de drive reporte diario
6	6 Realizar las demas obligaciones asignadas por el supervisor del contrato.	Asistencia a reuniones o capacitaciones notificadas por el lider del espacio	diligenciamiento de asistencia correspondiente

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

Omar Acevedo
Firma del Contratista

C.C. 1.022.424.497 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	JOHANNA ALEXANDRA AVILA RONCANCIO CC 1026261254
CARGO:	LIDER OPERATIVO - SEGUIMIENTO FAMILIAR PARA LA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO
FIRMA	Johanna Avila
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-03-16, 05:58:56 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 48483867

Periodo Cotización 202102 **Periodo Servicio** 202102

PAGADA 2021-03-10 08:48:39.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OMAR IVAN ACEVEDO PEREZ				
Documento	CC 1022424497	**Dirección**	CR 68G #9 C - 51 TO 7 APTO 607		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2622058		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022424497		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ACEVEDO PEREZ OMAR IVAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																									Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.428.060	25-14		16 %	$ 1.428.060	$ 228.500	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.428.060	$ 178.600	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 1.428.060	$ 34.800	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 228.500	$ 0	$ 0	$ 178.600	$ 34.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.900

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ARUS®

Información - Conocimiento

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-03-10, 08:46:59 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2021
Empresa	OMAR IVAN ACEVEDO PEREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022424497
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	48483867
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	918908895
Banco	(1006) - BANCO ITAU
Valor	$ 441.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 228.500	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 178.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 34.800	$ 0
		SubTotales:		$ 441.900	$ 0
		Total a Pagar:			$ 441.900

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0 2] Actualización

4. Número de formulario 14749398165

(415)7707212489984(8020) 000001474939816 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 4 2 4 4 9 7	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 2 4 2 4 4 9 7	2 0 1 5 0 3 0 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ACEVEDO	PEREZ	OMAR	IVAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 68 G 9 C 51

42. Correo electrónico: acevedoperezomarivan@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 3 4 0 1 4 5 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 0 0 9 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 25 / 08 : 37: 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACEVEDO PEREZ OMAR IVAN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO