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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4522 2020	C.D.P. No.:	218	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC - VIGILANCIA SANITARIA
				Unidad a la que pertenece:	USS 1 DE MAYO
Nombre del Contratista:	MANUEL RICARDO ROA MARTINEZ			C.C.	1.033.692.502 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-06-17	Fecha Terminación incial:	2020-08-31	Valor Mensual:	$ 2.197.015 Valor a cobrar: $ 1.767.164

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
2	$ 1.480.597	3614	2020-11-01	2020-11-20
3	$ 728.385	3782	2020-11-21	2020-11-30
4	$ 1.996.960	3918	2020-12-01	2020-12-31
5	$ 2.232.835	4112	2021-01-01	2021-01-31
6	$ 2.197.015	218	2021-02-01	2021-02-28
7	$ 2.197.015	549	2021-03-01	2021-03-31
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	$ 1.026.000	$ 271.700	
2	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	8820132900
3	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	8820132830
4	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1032444615
5	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1033132231
6	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1033141500
7	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1033657209
8	ENERO	$ 2.197.015	$ 272.100	1034263001
9	FEBRERO	$ 2.197.015	$ 281.200	1034911164
10	marzo	$ 95.522	$ 281.200	1035614724
11		$ 1.671.623		
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	$ 21.012.165	$ 20.369.265	$ 642.900

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

OBJETO DEL CONTRATO

RESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED NTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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	2.APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL PIC, PRESTANDO LA INFORMACION 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	3.PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	Actividades de radicación en los días asignados por el líder operativo.	Alimentar el drive segùn 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 ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Se realiza alistamiento y entrega de soportes para auditoria del periodo comprendido de MARZO A MAYO 2020.	Informes de auditoria
5	5. REALIZAR VISITAS EN CAMPO DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS DE CADA ESPACIO DE VIDA O COMPONENTE TRANSVERSAL	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.
6	6. REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	cumplimiento al 100% de las actividades	
7			

servaciones:

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

Manuel Roca.
Firma del Contratista

C.C. 1.033.692.502 de BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	ALBA LUZ CARO CC 51946662
CARGO:	LIDER VACUNACION LINEA DE ETOZ
FIRMA	Alba Luz Caro P.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ Cc 79913818
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - REFERENTE DE PROCESO
FIRMA	Dr Javier Ricardo Peñuela P. Medico Veterinario y Zootecnista Esp. Sanidad Animal T.P 08147 F.U.S.M

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-02, 01:42:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035614724

Periodo Cotización: febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8820759340

PAGADO 02/03/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MANUEL RICARDO ROA MARTINEZ		
Documento	CC1033692502	**Dirección**	CR 19C #56 - 20 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3196917966
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033692502	MANUEL RICARDO ROA MARTINEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 908.526	$ 145.400	(EPS044) MEDIMAS EPS	$ 908.526	$ 113.600	2.436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

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

PAGO DE FACTURAS

1136 PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 8820759340

NUMERO DE APROBACION 985294

Fecha: 02/03/2021 10:01:46
CV: 595387
NUM. TRANSACCION 1031517671
Valor $281.200,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORME DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTIV NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 906871 EFECTIV SAN CARLOS DG 51 B

Cajero: ANDRSIPA

Recibi Conforme:

C.C.

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucar

Antes de imprimir, asegúrese que

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743911568

(415)7707212489984(8020) 000001474391156 8

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

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
ROA	MARTINEZ	MANUEL	RICARDO

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 19 C 56 20 SUR

42. Correo electrónico manuelmartinez.tsa@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 6 9 1 7 9 6 6	3 1 4 2 1 9 0 1 5 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
3 9 0 0	2 0 1 8 0 1 2 9	8 2 9 9	2 0 1 8 0 1 2 9		7 0 2 0			

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										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 - 02 - 25 / 09 : 49: 35

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 ROA MARTINEZ MANUEL RICARDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CONTROLADA DOCUMENTO