



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:	PS 7156 2021	C.D.P. No.:	2881	Proceso al que pertenece:	GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
Nombre del Contratista:	AIDA JOHANNA VILLAMIL GUTIERREZ			C.C.	52.342.438	de:	BOGOTÁ D.C		
Fecha Inicio:	2021-09-03	Fecha Terminación Inicial:	2021-09-30	Valor Mensual:	\$ 2.232.442	Valor a cobrar:	\$ 2.083.613		
ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1					1	SEPTIEMBRE	\$ 2.083.613	\$ 0	
2					2				
3					3				
Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.158.027	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 2.158.027	PAGOS REALIZADOS \$ 2.083.613	SALDO DEL CONTRATO \$ 74.414					

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. COI.PCCNTR. 2667785

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-09-03 Hasta: 2021-09-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Apoyar en la adecuada implementación de los protocolos institucionales para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19.	SE SOCIALIZA LA IMPORTANCIA DEL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL DESARROLLO DIARIO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LAS JORNADAS ACADÉMICAS.	• FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL • FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
2	Diligenciar el instrumento de registro de condiciones al ingreso de los estudiantes, docentes y administrativos de la IED asignada, de acuerdo con el lineamiento del MEN, la SED y respectivo protocolo institucional.	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN ESPECÍFICO. SE DA CUMPLIMIENTO DE MANERA DIARIA COMO PARTE DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN REQUERIDO.	• FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL • FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
3	Efectuar bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos COVID19 en la IED, en el formulario alojado en página institucional de la SED	SE DA CUMPLIMIENTO POR MEDIO DEL REGISTRO Y CONTROL DE LOS REPORTES SEGÚN EL FORMULARIO CORRESPONDIENTE SEGÚN SEA REQUERIDO.	• FORMATO REPORTE PAGINA SED • FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
4	Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED manejo inicial a presuntos casos COVID 19 y activar ruta de atención.	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN ESPECÍFICO. SE DARÁ CUMPLIMIENTO CUANDO ASÍ SE REQUIERA SEGÚN EL PROTOCOLO ESTABLECIDO	• FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL • FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
5	Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativa) para la prevención del contagio por COVID 19 en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.	SE DA CUMPLIMIENTO POR MEDIO DE SENSIBILIZACIÓN INFORMATIVA A TRAVÉS DE TALLERES, CHARLAS, EXPOSICIONES, ACTIVIDADES FÍSICAS Y ACTIVIDADES LÚDICAS, CON EL PERSONAL DOCENTE Y EL CUERPO DEL ESTUDIANTE EN LAS FECHAS ACORDADAS CON LA DIRECCIÓN DEL COLEGIO ASIGNADO.	• FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL • FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
6	Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable para mitigación de contagio por COVID 19, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN ESPECÍFICO POR MEDIO DE LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO CON ENFOQUE PEDAGÓGICO RELACIONADO CON LA PROMOCIÓN DE VIDA SALUDABLE POR PARTE DE LA RECTORIA DEL COLEGIO ASIGNADO.	• FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL • FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
7	Participar en los procesos de capacitación que efectúe la SED y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes.	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, SE PARTICIPA EN CAPACITACIÓN INDUCTORIA PARA EL CUMPLIMIENTO Y DESARROLLO EFECTIVO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN LA IED.	• FORMATO DE ACTAS DE REUNIÓN / CAPACITACIÓN
8	Asistir y participar en las reuniones del comité institucional de contingencia por COVID 19 en el marco de la Respuesta Gradual, Progresiva y Segura (RGPS).	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN ESPECÍFICO. SE DARÁ CUMPLIMIENTO CUANDO ASÍ SE REQUIERA POR PARTE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE Y LA IED LO REQUIERA	• FORMATO DE ACTAS DE REUNION • FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
9	Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo - COPASST y a la brigada escolar. Institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, donde se incluye el procedimiento operativo normalizado por COVID-19.	SE DARÁ CUMPLIMIENTO MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL COMITÉ Y EN LA BRIGADA ESCOLAR DEL COLEGIO ASIGNADO SEGÚN LA OPERATIVIDAD REQUERIDA.	• FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL • FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO
10	Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual.	SE DA CUMPLIMIENTO MEDIANTE LA ENTREGA DE LOS INFORMES DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE MANERA MENSUAL Y CONFORMA A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	• FORMATO EXCEL PROGRAMACIÓN SEMANAL • FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO • FOTOS EVIDENCIAS
11	Seguir los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social, así como de las autoridades competentes para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19, así como consultar y poner en práctica los protocolos establecidos por la Entidad en la prevención del COVID-19. CONVENIO COI.PCCNTR. 2667785. Contenidas en el formato de necesidad de personal que luce parte integral del presente contrato	SE DA CUMPLIMIENTO MEDIANTE EL SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN DEL MANEJO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA EL MANEJO DE LA PANDEMIA POR COVID -19. SE CONSULTAN Y SE PONEN EN PRÁCTICA DICHOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS.	• FORMULARIO GOOGLE DE REPORTE DIARIO

Observaciones: Creación de base para retroalimentación por parte de ambulatorios

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

C.C. 52.342.438 de BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTORA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
FIRMA	

VISTO BUENO LIDER DE CONTRATOS

NOMBRE:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS
CARGO:	LIDER CONVENIO COI.PCCNTR. 2667785
FIRMA	

Cuenta de Cobro No. 00 1 - 2021

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.**

NIT No. 900.959.051-7

DEBE A:

AIDA JOHANNA VILLAMIL GUTIERREZ

C.C. No. 52.342.438 de BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

**DOS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS MONEDA CORRIENTE
(\$ 2.083.613)**

Por concepto de:

* Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 7156 2021 correspondiente al
del 3 al 30 de Septiembre de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE
GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E COI.PCCNTR. 2667785

Cordialmente,


AIDA JOHANNA VILLAMIL GUTIERREZ

C.C. No. 52.342.438 de BOGOTÁ D.C

Teléfono: 3052533192

No. Cuenta 6342047857

AHORROS BANCO COLPATRIA

Fecha: 30 de septiembre de 2021

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: Fecha de Radicación:

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	6. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: Cotizante o cabeza de familia	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente	59
B. Reporte de Novedades	B. Beneficiario o afiliado adicional	B. Subordinado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	C. Institucional		C. Beneficiario	C. Pensionado	
	D. De oficio				

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Primer Apellido: <u> </u> Segundo Apellido: <u> </u>		<u>52342438</u>	Femenino ☐ Masculino ☐	<u>01/01/1981</u>

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ☐ Condición ☐				Proteccion
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	19. Correo electrónico	20. Municipio / Distrito	21. Zona Urbana ☒ Rural ☐	22. Localidad / Comuna
<u>320.000</u>	<u>CALLE 131 No 126</u>	<u> </u>	<u>BOGOTÁ</u>	<u> </u>	<u> </u>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer Apellido: <u> </u> Segundo Apellido: <u> </u>			Femenino ☐ Masculino ☐	<u> </u>

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino Masculino
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Tipo Condición	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	36. Nombre o razón social		37. Tipo de documento de identificación
<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>
38. Número del documento de identificación		39. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)		40. Ubicación	
<u> </u>		<u> </u>		<u> </u>	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	42. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación	43. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	A. Régimen Contributivo B. Régimen Subordinado
2. Corrección datos básicos de identificación	44. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	45. Traslado:
3. Actualización documento de identidad	45. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
4. Actualización y corrección de datos complementarios	46. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	47. Reporte por fallecimiento
5. Terminación de la inscripción en la EPS	47. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	48. Reporte del trámite de protección al cesante
6. Reinscripción en la EPS		49. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
		50. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Tipo de documento de identidad	43. Número de documento de identidad	44. Sexo	45. Fecha de nacimiento
Primer Apellido: <u> </u> Segundo Apellido: <u> </u>			Femenino ☐ Masculino ☐	<u> </u>
46. EPS anterior	47. Motivo de traslado	48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	49. Fecha	
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
<u> </u>	<u> </u>

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la muerte de sus dos padres.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la entidad responsable de la Seguridad Social.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Facebook - Inicia sesión o x Trustnav x My Gmail, el correo electrónico: x My CUENTA COBRO SEPT - x x Editor

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentiflar=COLSLCNR7283129

Aplicaciones YouTube

UTC -5 14:33:37 AIDA JOMARINA VILL...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Ver contrato

Id de página: 23020723 Ayuda

1 Información general Cancelar

2 Condiciones VER CONTRATO

3 Bienes y servicios Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato Plan de Pagos

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato ¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados		

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativo Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-62-0808 www.estratibicompres.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

ES 02:33 p.m. 10/09/2021