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 7303 2021	**C.D.P. No.:**	2881	**Proceso al que pertenece:**	GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
				Unidad a la que pertenece:	CONVENIO - CO1.PCCNTR. 2667785/2021
Nombre del Contratista:	SINDY TATIANA DELGADO OSORIO			**C.C.**	1.026.260.979 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-09-26	**Fecha Terminación inicial:**	2021-09-30	**Valor Mensual:**	$ 2.232.442 **Valor a cobrar:** $ 223.244

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 223.244	$ 0	
2				
3				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.711.539	$ 1.711.539	$ 223.244	$ 1.488.295

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 COLPCCNTR. 2667785

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-09-28 **Hasta:** 2021-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS 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 LED asignada, el reporte de casos COVIDI9 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 TRAVES DE TALLERES, CHARLAS, EXPOSICIONES, ACTIVIDADES FÍSICAS Y ACTIVIDADES LÚDICAS, CON EL PERSONAL DOCENTE Y EL CUERPO DEL ESTUDIANTADO 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 ACTIVIADAD 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 Reapertura Gradual. Progresiva y Segura (RGPS).	DURANTE LA VIGENCIA A REPORTAR, NO SE REALIZA ESTA ACTIVIADAD 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 REUNIÓN * 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 CO1.PCCNTR. 2667785. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace 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: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios	S. Katherine Delgado O. **Firma del Contratista**
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. 1.026.260.979 de BOGOTA

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 / CO1.PCCNTR. 2667785
FIRMA	

Cuenta de cobro 002 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
SINDY TATIANA DELGADO OSORIO
C.C. 1.026.260.979 de Bogotá

LA SUMA DE:
Doscientos veinte tres mil doscientos cuarenta cuatro pesos ($223.244)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 7301 2021 correspondiente del 28 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,

S. Tatiana Delgado O.

SINDY TATIANA DELGADO OSORIO
C.C. 1.026.260.979
Teléfono:3007822364
No Cuenta 488423737615 ahorros Davivienda

Fecha: 31/Octubre/2021

SaludTotal

BOGOTA, Octubre 11 de 2021

Señora:
DELGADO OSORIO SINDY TATIANA
CC. 1026260979
CL 68 G BIS 20C 39 SUR -
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 Septiembre 12 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
DELGADO OSORIO SINDY TATIANA	1026260979	C	Sep-12-2017	26	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ACOSTA DIAZ JHON ALEXANDER	1022950445	C	Jul-13-2017	26	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
ACOSTA DELGADO CHARLOTTE STEPHANY	1019767713	R	May-15-2018	5	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CEPEDA DELGADO KEVIN LEONARDO	1019763858	T	Jul-13-2017	26	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	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
SINDY TATIANA DELGADO OSORIO	1026260979	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

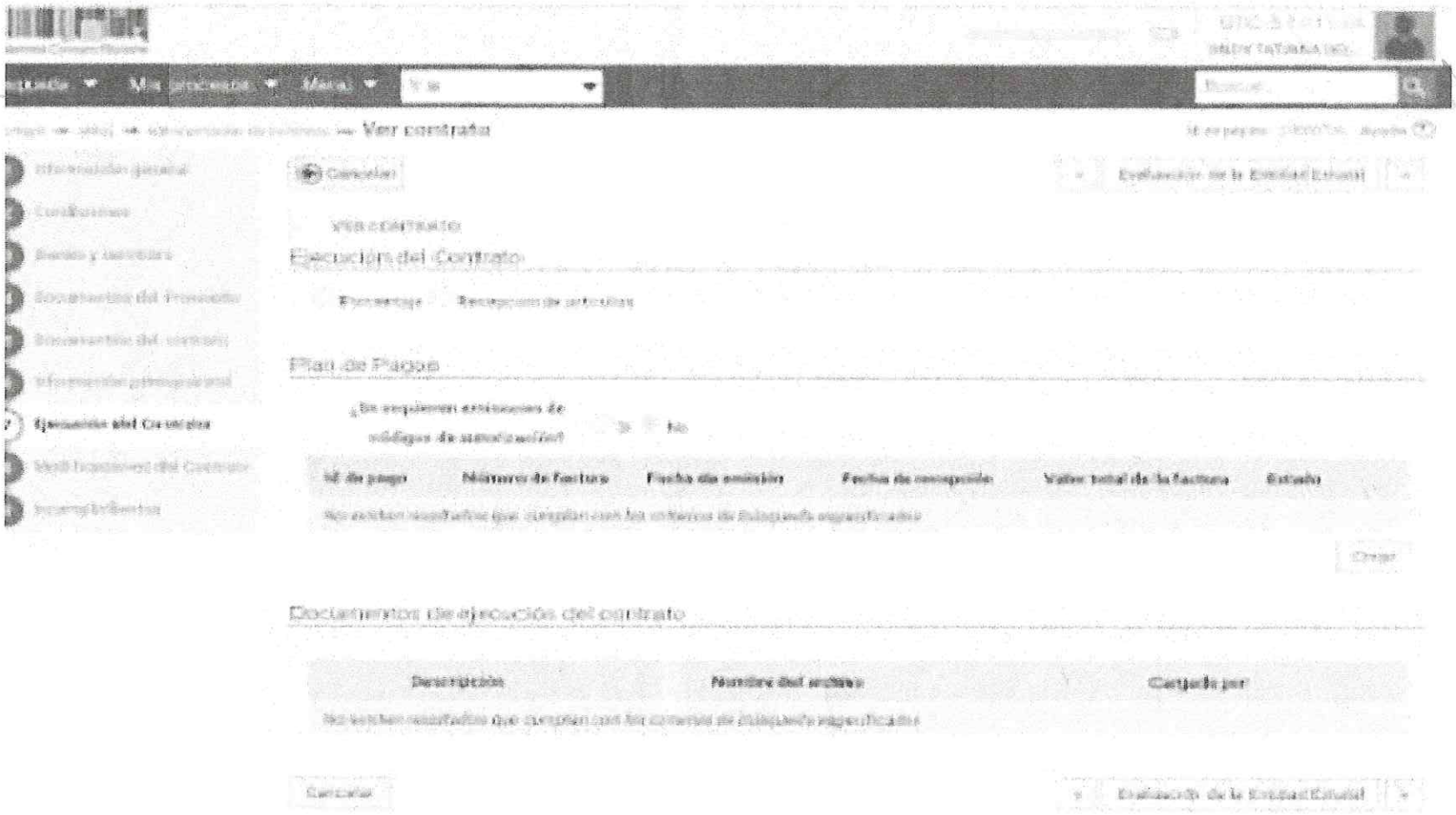
En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa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

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
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


Ver contrato
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
Ver contrato
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal