Cuenta de cobro 001- 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
XIOMAR ANDREA ARIAS TIQUE

CC 28561921 DE ALPUJARRA TOLIMA

LA SUMA DE:
Setecientos Sesenta y ocho mil ciento veintiocho pesos M/CTE
($ 768.128)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 8054 2021 correspondiente al mes de noviembre de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 016 2021

Cordialmente.

XIOMAR ANDREA ARIAS TIQUE
CC 28561921
Teléfono: 3143539294
Dirección: TRANSVERSAL 78B NUMERO 46ª-16 SUR
No. De Cuenta: 045-134464-76

Fecha de generación de cuenta: 30/11/2021

Escaneado con CamScanner

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 8054 2021	**C.D.P. No.:**	3728	**Proceso al que pertenece:**	CONVENIO 0016 2021
				Unidad a la que pertenece:	UHMES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: XIOMAR ANDREA ARIAS TIQUE **C.C.** 28.561.921 **de:** ALPUJARRA TOLIMA

Fecha Inicio: 2021-11-18 **Fecha Terminación incial:** 2022-01-15 **Valor Mensual:** $ 2.232.372 **Valor a cobrar:** $ 768.128

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	Noviembre	$ 768.128	$ 0	
2				
3				
4				
5				
6				
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
$ 4.241.507	$ 4.688.333	$ 768.128	$ 3.920.205

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 016 2021

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-11-18 **Hasta:** 2021-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	l Constatar la afiliacion de los integrantes de la familia al Sistema General de Salud y Seguridad Social y registrar los resultados en el formulario de captura	se realiza el desplazamiento a lo programado para la verirfcacion afiliacion de oficio	Actas donde se unifiquen datos tomados en consulta
2	Actualizaran los datos básicos de las personas que se encuentren aseguradas	Durante la ejecucion de tareas se generan los datosregist5ro de caracterizacion	Actas donde se unifiquen datos tomados en consulta
3	Debera consultar en las páginas oficiales para constatar la posibilidad de vincularlas al régimen subsidiado a cualquier sin afiliación	Se verifican los estados de afiliacion	registro en actas de capacitacion y formato de organización de talento humano
4	Apoyar al médico en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud, que se encuentran contenidos en el formulario de recolección de información, como Toma de las medidas antropometricas y signos vitales, Escala Findrisk (Finnish Diabetes Risk Scort) para personas mayores de 18 años sin diabetes mellitus, Tamizaje en salud mental ROC (Niños) - SRQ(>16 Años) para la identificación de trastornos mentales	se realizo las necesidades de los equipos para la actividad	Actas donde se unifiquen datos tomados en consulta
5	Realizar y registrar la caracterización ambiental del hogar con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y su propia observación de los aspectos más relevantes en esta materia	Diligenciar los formatos de la respectiva caracterizacion	Actas donde se unifiquen datos tomados en consulta
6	Ingresar junto con el médico al formulario de recolección de información un resumen de las atenciones básicas realizadas en la visita	Nos apoyamos en la informacion recolectada junto a la visita	Actas donde se unifiquen datos tomados en consulta por 25 visitas y formatos de caracterizacion
7	Ingresar o información general sobre la interconsulta o pruebas complementarias solicitadas	Se registra la informacion solicitada	Actas donde se unifiquen datos tomados en consulta
8	Realizar registro en formato de SDS los medicamentos ordenados para dispensación, las solicitudes a otras entidades del distrito-SIRC y las alertas en salud pública	La documentacion basica para los registros y se diligencian	Actas donde se unifiquen datos tomados en consulta
9	Llevar cuenta del estado y del inventario del kit diagnóstico, con el fin de solicitar reposición de insumos y/o mantenimiento o calibración de los equipos	se reciben los insumos y se lleva su respectivo inventaerio	se realizan los respectivos registros
10	Reportar diariamente al Gestor Local las visitas realizadas	Se diligencian los datos en el respectivo formato diarimente	registro en formato decaracterizacion indicado por SDS
11	Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal	Participar en comité y recibir induccion por parte del convenio 1006	Dejar los respectivos registros

Escaneado con CamScanner

12	Orientar e informar a Las familias sobre oportunidades y ofertas disponibles de acuerdo con las necesidades sociales y de salud identificadas	Incentivar al nucleo familiar para cumplir con el objetivo	Actas donde se unifiquen datos tomados en consulta
13	Apropiación de la guia operativa PRODUCTOS • Ficha familiar-Caracterización Social y Ambiental por diligenciado en el formato definido para tal fin Registro de la consulta diagnostica basica individual en la Historia Clinica Digital (remisiones a interconsultas, formulas medicas, de laboratorios y medios diagnosticos). Ficha de notificación individual de eventos de interés en salud pública, si se requiere. Reporte de canalización a los usuarios afiliados a otra Entidad Administradora de Planes de Beneficios EAPB diferente Capital Salud EPS-S mediante plataforma Sistema Integral de Referencia y Contra referencia (SIRC), si se requiere • Entregar al geografo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada y otras actividades que la subred requiera segun la operatividad de AMED, Lineamientos para cumplimiento de metas y productos. Cumplimiento del 100% de los productos estipulados en los lineamientos Tecnicos de secretaria de Salud. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Seguir los lineamientos asignados por los respectivos formatos con la respectiva informacion requerida por el proyecto.	revisar formato de caracterizacion que se encuentra en el one drive

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. 28.561.921 **de** ALPUJARRA TOLIMA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDILSA ESTHER MAURY BELLO
CARGO:	DIRRECION SERVICIOS AMBULATORIOS
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

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

compensar | salud eps

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** D D M M A A A A

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: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [ ]		
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	C. Institucional [ ]	B. Subsidiado [ ]	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	59
		D. De oficio [ ]			

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
CC	1045[illegible]121	X		[illegible]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				[illegible]	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
[illegible]	[illegible]	[illegible]	3[illegible]294

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento
[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]

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: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [X]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
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. [ ]
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. [ ]
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. [X]
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 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva Institucional o de Oficio
[signature]	

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. [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
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. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia [illegible]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad [illegible] los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de [illegible] [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la [illegible] la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación [ ]

20 NOV 2021
Cod. 621 Yadira V. Rubiano S.
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Inicio Noviembre (pago en Diciembre) Retiro x planilla

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenid[illegible]

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Escaneado con CamScanner