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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3827 2022	**C.D.P. No.:**	333	**Proceso que pertenece:**	SISTEMAS DE INFORMACIÓN TIC
				Servicio al que pertenece:	SISTEMAS DE INFORMACIÓN TIC
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: FAVER PÉREZ GUTIÉRREZ **C.C.** 1.030.602.070 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2021-02-07 **Fecha Terminación inicial:** 2022-02-18 **Valor Mensual:** $ 1.980.000 **Valor a cobrar:** $ 792.000

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				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	Febrero	$ 792.000	$ 0	0	0
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.808.000	$ 5.808.000	$ 792.000	$ 5.016.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO TÉCNICO EN SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN TIC´S DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-02-07 **Hasta:** 2022-02-18

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar el Direccionamiento de usuarios y soporte a las necesidades de acceso a sistemas de información.	Soporte en conexión a la red de equipos de la Sub Red Centro Oriente	15 CASOS PLATAFORMA GLPI
2	Realizar el apoyo técnico en la Configuración y administración del dominio y antivirus de la entidad.	Se instala antivirus y se escanean los equipos de la Sub Red Centro Oriente	15 CASOS PLATAFORMA GLPI
3	Realizar la configuración de programas involucrados en la operación de la entidad.	Soporte en conexión física de equipos en la Sub Red Centro Oriente	15 CASOS PLATAFORMA GLPI
4	Realizar el soporte en aspectos de conectividad en coordinación con la jefatura de la Oficina de	Se verifica conectividad a las redes de los centros y a los equipos de la Subred Centro Oriente	15 CASOS PLATAFORMA GLPI
5	Realizar la configuración y mantenimiento de los diferentes equipos de cómputo y periféricos de entrada y salida utilizados en la	se hace mantenimiento preventivo correctivo y logico a los equipos de computo, limpieza y funcionamiento de cada uno de los perfericos	15 CASOS PLATAFORMA GLPI
6	Capacitar a los usuarios para el uso de los diferentes sistemas de información de la entidad.	Se realiza capacitacvion de las herramientas utilñizadas en las diferentes areas de las unidades	15 CASOS PLATAFORMA GLPI
7	Hacer uso y realizar el diligenciamiento de las diferentes herramientas (formatos, instructivos, etc, elaboradas para el correcto desarrollo	Se instala antivirus y programas como Dinámica Gerencial a los equipos de la Sub Red Centro Oriente	15 CASOS PLATAFORMA GLPI
8	Realizar la configuración de dispositivos (Recursos de cómputo, para ser trabajados en red)	Se presta soporte técnico y configuración de periféricos de los equipos de la Sub Red Centro Oriente	15 CASOS PLATAFORMA GLPI
9	Demás que se le asignen por parte del supervisor. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	se acatan las ordenedes dadas por los supervisores y se cumplen a cavalidad	15 CASOS PLATAFORMA GLPI

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista
C.C. 1.030.602.070 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	Ing. Jorge Eduardo Sandoval Plazas
CARGO:	Jefe Oficina de Sistemas de Información TIC
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA	

CUENTA DE COBRO N° 1 - 2022

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

NIT. 900.959.051-7

DEBE A

FAVER PÉREZ GUTIÉRREZ

C.C. No. 1.030.602.070 de BOGOTÁ

La suma de $ 792.000= (SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE).

Por concepto de:

Remuneración por servicios técnicos en cumplimiento con el contrato No. PS - 3827-2022, correspondiente al mes de febrero de 2022.

Objeto: Prestar servicios de acuerdo a su perfil académico para desarrollar actividades de su profesión), con disponibilidad en cumplimiento de la misión y la visión de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Cordialmente,

FAVER PÉREZ GUTIÉRREZ
C.C. 1030602070 de BOGOTÁ
Cel.3125171595
18/2/2022
Cuenta de ahorros Davivienda N° 450700082602

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREZ GUTIERREZ FAVER** identificado(a) con **CC** número **1.030.602.070** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 15 de febrero de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202202151025

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Operación Sanitas Internacional
NIT 800.251.440-6

CODIGOS: Rep. Nica de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: 15 02 2022

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [X] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): [ ]

A. AFILIACION

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Perez	Segundo apellido: Gutierrez	Primer nombre: Faver	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: C.C	8. Número del documento de identidad: 1030602070	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 14 11 1991

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
NA	Tipo [F] [X] [M] Condicion [T] [P]		NO

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotizacion - IBC
Bolivar	Protección	1.000.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Carrera 88C 26 Sur 21	4787616	3125191595	FaverPerez@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Cundinamarca/ Bogotá	Urbana [X] Rural [ ]	Kennedy	Cundinamarca

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 del 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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	[ ]				D D M M A A A A
B2	[ ]				D D M M A A A A
B3	[ ]				D D M M A A A A
B4	[ ]				D D M M A A A A
B5	[ ]				D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condicion T	Condicion P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Telefono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 (A registrar por la E.P.S.)
	[ ]		

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

Escaneado con CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 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 de 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 del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de Radicación	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, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.P.S. 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.
- [ ] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — Total [ ]

- [ ] 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 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
- [ ] 62. Documento 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 ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

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 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 funcionario que realiza la validación — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Escaneado con CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **15/02/2022**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FAVER PEREZ GUTIERREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1030602070**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550450700082602**
Fecha de apertura	**14/04/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA