ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V7

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	07-mar.-22	Hasta:	31-mar.-22			
Nombre del Contratista:	Leidy Carolina Alvarez Jimenez		Cédula:	1000248756			
Correo Electrónico:	lecarolina18@hotmail.com		Teléfono(s):	3026205711			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:			Codigo-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	Leidy Johanna Castañeda		Perfil	Profesional Especializado		No. CTO:	1353-2022
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:			Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil			No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	4601-2022	Año Contrato:	2022	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	756
PERFIL:	Auxiliar de enfmermeria				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud				
UNIDAD DE SERVICIOS :	Unidad Manuela Beltran				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO - CONVENIO 3017398 SED PESO Y TALLA		MANUELA BELTRA	K29PI398				$ 1.785.954	100.00%
								0,00%
								0,00%
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.785.954	UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		7/03/2022				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/05/2022	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2		
						3	Marzo	$ 1.785.954
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.622.911	$ 6.622.911	$ 1.785.954	$ 4.836.957

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Realizar La Tomas Y Sistematización De Talla Y Peso De Niñas Y Niños De Pre-Jardín, Jardín Y Transición En El Grupo De Colegios Signado	Asistecia a las IED San Benito de Abad localidad tunjuelito e IED Rodrigo Lara Bonilla localidad cuidad Bolivar, para el proceo de peso y talla deacuerdo a los protocolos y sistematizacion de base de datos	Acta de la Reunión, fotografias y base de datos

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V7

2	.Apoyar La Verificación Del Consentimiento Que Las Familias O Cuidadores Otorgan Al Colegio Para Hacer La Medición De Talla Y Peso Y Para Los Demás Procesos De Intervención Relacionados Con La Salud Y El Bienestar De Los Niños Y Las Niñas	Construir y entregar los informes requeridos apoyo a las familias en articulacion con la comunidad educativa para el diligenciamiento de consentimientos	Acta de la Reunión
3	Definir En Conjunto Con El Profesional De Nutrición El Cronograma Para La Toma De Talla Y Peso En Las Ied Asignados Y Realizar El Contacto Con Las Familias Según Acuerdos Con Cada Ied Para Iniciar El Proceso	Cumplimiento al cronograma asignado con profesional de nutrición para la toma de peso y talla y apoyo a familias.	lista de asistencia, acta de reunion, base de datos
4	Realizar Los Barridos Por Colegios De Las Novedades Presentadas Para La Medición De Talla Y Peso	Asistencia a las IED, realización de barridos antropométricos.	registro fotografico, acta de reunion, reunion con jefe inmediato
5	.Las Demás Obligaciones Que Se Consideren Necesarias Para La Ejecución Del Presente Convenio	Desarrollar las demás acciones que se requieran en el marco del cumplimiento del contrato.	Acta de la Reunión
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	Colpensiones	$ 1.000.000		
SALUD		Capital Salud			
ARL	3	Seguros Bolivar			
CAJA DE COMPENSACION	NO				$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	033-000035-01

Leidy Carolina Alvarez Jimenez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.000.248.756
CC. NO. CONTRATISTA

Leidy Johanna Castañeda
NOMBRE DEL SUPERVISOR
Profesional Especializado

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S

Te cuida, te cuidas

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Use letra mayúscula clara sin exceder límites internos de casillas y sobre la diagonal)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Traslado de Novedad [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Oficiosa [ ] — Cotizante y Cabeza de Familia [ ] / Beneficiario o Afiliado adicional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Usuario: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] — Código (suministrado por la EPS):

II. AFILIACIÓN

6. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

7. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Alvarez	Jimenez	Carol	Carolina

8. Tipo documento de identidad	9. Número de documento de identidad	10. Sexo	11. Fecha de nacimiento
CC	1000348356	Femenino [X] Masculino [ ]	18/05/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

12. Etnia	13. Discapacidad	14. Puntaje SISBEN	15. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]		

16. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	17. Administradora de Pensiones	18. Ingreso Base de cotización - IBC
	Colpensiones	

19. Residencia: Dirección	Teléfono	Dpto.	Ciudad	Correo electrónico
Kr 17 N°56-58 Sur	3022655311	Bogotá	Bogotá	karolinaalvarez@hotmail.com

Urbano [X] Rural [ ]	Zona	Localidad / Municipio
	Tunjuelito	Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente(a) cotizante

22. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

23. Tipo documento de identidad	24. Número de documento de identidad	25. Sexo	26. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

27. Apellidos y nombres completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
27.1				
27.2				
27.3				
27.4				
27.5				

	28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo Femenino	30. Sexo Masculino	31. Fecha de nacimiento
27.1					
27.2					
27.3					
27.4					
27.5					

Datos complementarios

	32. Parentesco	33. Etnia	34. Discapacidad Tipo	Condición
27.1				
27.2				
27.3				
27.4				
27.5				

	35. Datos de residencia: Dirección	Zona Urbano	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo o celular	36. Valor de la UPC del afiliado adicional (si aplica)
27.1						
27.2						
27.3						
27.4						
27.5						

Selección de la IPS primaria

	37. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (suministrado por la EPS)
C		
B		
A		
S		

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

38. Nombre o razón social	39. Tipo de documento de identificación	40. Número del documento de identificación	41. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)

42. Ubicación

Dirección	Teléfono	Código de la Zona	Municipio / Distrito	Departamento

Verde

capitalsalud
NIT 8

El corazón de nuestra

FORMULARIO No.

Página 1 de 2

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos Básicos de Identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización de documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Reincripción de la cotización en la EPS.
  - Código: ☐
- ☐ 6. Reafiliación en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de nuevo cónyuge 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 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 estado 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
Alvarez	Romero	Leidy	Catalina

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	45. Edad
CC	1000249356	Femenino ☒ Masculino ☐	18 de enero de 2000	19

42. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: ☐	46. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Capital Salud		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 48. 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- ☐ 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.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mecanismo de éxito.

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. Copia documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total ☐
  - Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- ☐ 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 declara 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.
- ☐ 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 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	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número de documento de identidad	70. Firma del funcionario

Observaciones:

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

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEIDY CAROLINA ALVAREZ JIMENEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1000248756,** se encuentra afiliado/a desde **23/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de marzo de 2022.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA
VIGILADO

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
Identificada con NT No. 900958564

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909506, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1000248756	LEIDY CAROLINA ALVAREZ JIMENEZ	ASISTENCIAL	3	2.436%	08/03/2022	31/12/2022	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 16 de Marzo del año 2022.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

Certificación Bancaria

Bancolombia

Miércoles, 16 de marzo de 2022

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **LEIDY CAROLINA ALVAREZ JIMENEZ** identificado(a) con cc. **1000248756** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	033-000035-01	2022/01/11	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios