

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5065 2022	C.D.P. No.:	279	Proceso que pertenece:	MISIONAL		
				Servicio al que pertenece:	CONVENIO - COL.PCCNTR. 2667785/2021		
				Unidad a la que pertenece:	CAPS PRIMERO DE MAYO		
Nombre del Contratista:				EDNA LORENA NARVAEZ LOSANO	C.C.	1.010.187.693 de: BOGOTA D.C	
Fecha Inicio:	2022-05-05	Fecha Terminación inicial:	2022-05-31	Valor Mensual:	\$ 2.299.415	Valor a cobrar:	\$ 1.916.179

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	\$ 1.916.179	\$ 0	0	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 2.146.121	\$ 2.146.121	\$ 1.916.179	\$ 229.942

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS AREAS DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2667785/2021

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-05-06 Hasta: 2022-05-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Cada actividad 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.	<ul style="list-style-type: none"> Formato excel programación semanal Formato excel de seguimiento 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.	<ul style="list-style-type: none"> Formato excel programación semanal Formato excel de seguimiento diario
3. Efectuar bajo la directriz de la LED 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.	<ul style="list-style-type: none"> Formato reporte pagina sed Formulario excel de seguimiento 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	<ul style="list-style-type: none"> Formato excel programación semanal Formato excel de seguimiento 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 estudiantado en las fechas acordadas con la dirección del colegio asignado.	<ul style="list-style-type: none"> Formato excel programación semanal Formato excel de seguimiento 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 rectoría del colegio asignado.	<ul style="list-style-type: none"> Formato excel programación semanal Formato excel de seguimiento 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 participe en capacitación inductoria para el cumplimiento y desarrollo efectivo de las actividades asignadas en la IED.	<ul style="list-style-type: none"> 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 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.	<ul style="list-style-type: none"> Formato excel de seguimiento diario 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.	<ul style="list-style-type: none"> Formato excel programación semanal Formato excel de seguimiento 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.	<ul style="list-style-type: none"> Formato excel programación semanal Formato excel de seguimiento 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.PCQNTN. 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.	<ul style="list-style-type: none"> Formato excel de seguimiento diario

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anotar 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.

Edna Lorena Narvaez
Firma del Contratista

C.C. 1.010.187.693 de BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 005 GRADO 05
FIRMA	<i>[Firma]</i>

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 27
FIRMA	<i>[Firma]</i>

VISTO BUENO LIDER DE PROCESO	<i>[Firma]</i>
------------------------------	----------------

Cuenta de cobro 001 - 2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT No. 900.959.051-7

DEBE A:
EDNA LORENA NARVAEZ LOSANO
C.C. 1010187693 de BOGOTA

LA SUMA DE:

UN MILLON NOVECIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE
PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1.916.179)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 5065 2022 correspondiente del 06 al 31 de mayo de 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS ÁREAS DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2667785/2021

Cordialmente,

Edna Lorena Narvaez
EDNA LORENA NARVAEZ LOSANO
C.C. 1010187693 de BOGOTA
Teléfono: 3123549971
No Cuenta Ahorros 24111834433 Banco CAJA SOCIAL

Fecha: 31 de mayo de 2022

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4008278953

Fecha de Radicación

1/2/0/5/2/0/2/2

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite	2. Tipo afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	6. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
NARVAEZ Primer apellido	CC	LOSANO Segundo apellido	Femenino ☒ Masculino ☐	1/2/0/1/1/9/9/0
EDNA Primer nombre		LORENA Segundo nombre		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FNM Condición TP		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
CR 44 73B 09 SUR Dirección	3123549971	NARVAESLOSANOLORENA@GMAIL.COM	
BOGOTA Municipio/Distrito	Localidad / comuna	BOGOTA Departamento	

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 completos	20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			Femenino Masculino	
B1 B2 B3 B4 B5				

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS VENECIA - VS VENECIA	VSVENECI - VSVENECI
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 identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
EDNA LORENA NARVAEZ LOSANO	CC	1010187693	01
39. Ubicación	40. Correo electrónico	41. Municipio/distrito	42. Departamento
CR 44 73B 09 SUR Dirección	3123549971 Teléfono	NARVAESLOSANOLORENA@GMAIL.COM	BOGOTA 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/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento
			42. Fecha 06/05/2012
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 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 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
- ☐ 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 celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TL. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste 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 SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario				
Observaciones						

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.



VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

códigos de autorización?

SI No

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



