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 CONTRATACION
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO:AP -1A -FF014
VERSIÓN: 03

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5610 2022 **C.D.P. No.:** 2280

Proceso al que pertenece: GESTION QUIRURGICA
Servicio al que pertenece SALAS DE CIRUGIA
Unidad a la que pertenece: MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: NUBIA LILIANA VELEZ AYALA **C.C.** 52.124.834 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2022-08-01 **Fecha Terminación incial:** 2022-08-15 **Valor Mensual:** $ 3.782.160 **Valor a cobrar:** $ 3.782.160

ADICIÓN/ OTROSÍ	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 840.480	2589	2022-08-16	2022-08-21
2	$ 1.575.900	0	2022-08-22	2022-09-05
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	AGOSTO	$ 3.782.160	$ 0	0	0/0/0000
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.101.200	$ 4.517.580	$ 3.782.160	$ 735.420

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (INSTRUMENTADORA QUIRURGICA), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-08-01 **Hasta:** 2022-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Portar el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas.	Porto el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas.	
2	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.	hoja de recuento
3	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	lista de asistencia a reuniones
4	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	programa almera
5	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extra institucionales.	Apoyo a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extra institucionales.	
6	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área.	Participo en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área.	hoja de registro
7	Mantener la reserva de la información a la cual tiene acceso con ocasión a sus actividades.	Mantengo la reserva de la información a la cual tiene acceso con ocasión a sus actividades.	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
8	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
9	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Informo al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	coordinacion area
10	Desarrollar actividades de docencia dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica.	Desarrollo actividades de docencia dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica.	induccion al inicio procedimiento
11	Cumplir la programación mensual de actividades.	Cumplo la programación mensual de actividades.	programacion de actividades
12	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado, e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado, e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.	programa almera
13	Emitir conceptos de conformidad con sus actividades profesionales	Emito conceptos de conformidad con sus actividades profesionales	informa la central o farmacia

Cuenta de cobro 001 2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

NUBIA LILIANA VELEZ AYALA

C.C. 52124843

LA SUMA DE:

TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA PESOS

($3.782.160)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 5610 de 2022** correspondiente al mes de **AGOSTO 2022**.

  OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente

Nubia Velez.

NUBIA LILIANA VELEZ AYALA

C.C. 52124843

Teléfono:3153005836 Dirección: CALLE 17 sur 39-95 int 2

No. Cuenta: 0550000500062047 ahorros- banco Davivienda

Fecha: 31/agosto/2022

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	Nombre Asesor	Código de asesor
	18/08/2022	Yeimy Jhoanna Romero Castañeda (18 ago. 2022 09:43 CDT)	652

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

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VELEZ	AYALA	NUBIA	LILIANA

7. Tipo de documento de Identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Cedula de ciudadan	52124843	Femenino ☒ Masculino ☐	01/11/1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
6 - Otro	Tipo Ninguna Condición		Ninguna	Bolivar	Proteccion (ING + Proteccion)

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Dirección de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
$2.101.000	Calle 17 SUR # 39-95 INT. 2 APTO. 401	7354998	3153005836

Correo electrónico	Municipio	¿Cuál?	Zona	Localidad / comuna	Departamento
lilianavelezayala88@gmail.com	BOGOTA D.C.-11001		Urbana ☒ Rural ☐	PUENTE ARANDA	BOGOTA D.C.-11

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de residencia Municipio	¿Cuál?	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.	AV. 1 DE MAYO	
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. Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / distrito	Departamento

Seleccione AQUI su novedad

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 ☐
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. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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. ☑
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 mensajes de texto. ☑

VIII. FIRMAS

Nubia Liliana Velez Ayala
Nubia Liliana Velez Ayala (18 ago. 2022 09:43 CDT)
El Cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, apoderado o representante de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

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. Total 0
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. ☐
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 la 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 de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: 1 PAGO SEPT APORTE AGOS 2022 // RETIRO PLANILLA PAGO

Archivo Adjunto					

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.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio