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 6331 2022 **C.D.P. No.:**

Proceso que pertenece: MISIONAL
Servicio al que pertenece: DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO
Unidad a la que pertenece: PRIMERA DE MAYO

Nombre del Contratista: ERIKA JOHANA MENDEZ **C.C.** 1.010.021.218 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2022-11-02 **Fecha Terminación inicial:** 2022-12-05 **Valor Mensual:** $ 2.297.565 **Valor a cobrar:** $ 2.146.285

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
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	NOVIEMBRE	$ 2.146.285	N/A	N/A	N/A
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.698.049	$ 2.698.049	$ 2.146.285	$ 551.764

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TÉCNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-11-03 **Hasta:** 2022-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades de la dirección de Gestión integral del riesgo en salud.	Se presta el servicio de auxiliar de enfermeria para vacunacion	Listados
2	2. Apoyar la prestación de servicios en la dirección, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde a las actividades, metas y productos conforme a los anexos técnicos que hagan parte de la de la ejecución de este proceso.	Se entregan lo sis que contienen la informacion de los usuarios	Formatos
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas n el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual	Formatos
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad ya que las definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunacion segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunacion	Producto en fisico y en magnetico
5	5. Realizar apropiación conceptual desde su perfil técnico y conforme a los anexos técnicos que hagan parte del actual contrato.	Leer y realizar apropiacion conceptual según el Manual tecnico administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI	Producto en fisico y en magnetico
6	6. Realizar acciones, asesorías integrales y técnicas extramurales e intramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, y conforme a los anexos.	Realizar entrevista indagando antecedentes patologicos, farmacologicos, estado actual de la persona a vacunar, dar educacion al usuario sobre cuidados post vacunales.	Producto en fisico
7	7. Realizar acciones de promoción y prevención de la salud individual, familiar y colectiva, desde su perfil técnico.	Identificar factores de riesgo con el proposito de activar las rutas integrales de atencion en salud. Educar a los usuarios sobre la importancia del autocuidado	Producto en fisico y en magnetico
8	8. Realizar acciones, asesorías integrales y técnicas extramurales e intramurales.	Realizar actividades de vacunacion y trabajar en equipo con los diferentes entornos, comunitario, laboral, hogar, educativo y demas institucionales.	Producto en fisico
9	9. Presentar y responder dentro de los plazos establecidos por los productos, metas o actividades asignadas, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos técnicos.	Realizar entrega oportuna y con calidad de soportes según tactica y actividad asignada en el proceso	Producto en fisico
10	10. Responder por el diligenciamiento de los formatos que se generen, en el cumplimiento de sus acciones, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud.	Diligenciamiento con letra clara y legible del SIS 150, carne, TUV, disentimiento, consentimiento informado según normatividad vigente, cumpliendo con exactitud y coherencia.	Producto en fisico
11	11 Participar en la planeación de su competencia de acuerdo al proceso asignado y conforme a las actividades, metas y productos.	Realizar el cronograma mensual de acuerdo a las actividades programadas.	Producto en fisico y en magnetico
12	12. Responder oportunamente por la información requeridos por las diferentes intervenciones.	Responder oportunamente y con calidad del dato en cuanto al reporte de dosis administradas, retroalimentacion de bases de datos de cohortes.	Producto en fisico y en magnetico
13	13. Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas.	Desarrollar las actividades diarias asignadas del servicio de vacunacion con calidad, oportunidad, garantizando la custodia de la cadena de frio de los bilogicos para las actividades diarias.	Producto en fisico y en magnetico
14	14. Participar en las reuniones y eventos los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos.	Participar en el comité extramural, reuniones del equipo extramural, seguimiento a EPV, así mismo reportar la productividad, novedades y de demas informacion que se requiera.	Producto en magnetico
15	15. Responder por el archivo de la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental	Responder por los archivos de los documentos SIS 150, hojas de temperaturas, cronogramas, disentimientos, consentimientos informados, estrategia de informacion, educacion y comunicación.	Producto en fisico y en magnetico
16	16. Utilizar las medidas y elementos de protección personal.	Siempre seguir las normas de bioseguridad, para evitar eventos adversos con usuarios	Producto en fisico
17	17. Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y alimentos, para el proceso de vacunación diaria	Estar pendiente de los biológicos,, insumos y alimentos, para el proceso de vacunacion diaria.	Producto en fisico y en magnetico

18	18. Realizar e alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria.	Se hace solo con el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunacion. Diaria	Producto en fisico y en magnetico
19	19. Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacúnales.	Se realiza este proceso cumpliendo los lineamientos de vacunacion segura.	Producto en fisico
20	20. Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura.	Realizando un buen lavado de manos antes de administrar el biologico	Producto en fisico y en magnetico
21	21. Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato.	Realizar las demas obligaciones asignadas por el supervisor del contrato.	Producto en fisico y en magnetico
22	22. Apoyar las acciones solicitadas por el supervisor del contrato, en apoyo al plan de intervenciones colectivas de las Sub red centro oriente.	Siempre con la mejor disposicion para brindar un buen servicio	Producto en fisico y en magnetico
23	23. Realizar apoyo en la estrategia de vacunación con capital salud. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Siempre estar con buena dispisicion para cualquier situacion y seguir las indicaciones entregando todos los formatos con toda la informacion correcta.	Producto en fisico y en magnetico

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. 1.010.021.218 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
CARGO:	DIRECTOR TECNICO COG 009 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADA COG 242 GRADO 27
FIRMA	

Cuenta de cobro 001 - 2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ERIKA JOHANA MENDEZ
C.C. 1.010.021.218 de Bogotá

LA SUMA DE:

Dos millones ciento cuarenta y seis mil doscientos ochenta y cinco pesos ($2.146.285)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6331 2022 correspondiente del 3 al 30 de noviembre de 2022

OBJETO: PRESTAR SERVICIO TÉCNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

ERIKA JOHANA MENDEZ
C.C. 1010021218
Teléfono: 3202823447
No Cuenta 488402313313 ahorros Davivienda

Fecha: 30/noviembre/2022

capitalsalud epsi

Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y 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.
- [ ] 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 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	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	1010021218	Femenino [X] Masculino [ ]	27/09/1998	25/10/2022

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 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 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 el celular como mensajes 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. Copia documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad 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 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del 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 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.

Versión Supersalud

capitalsalud eps-s

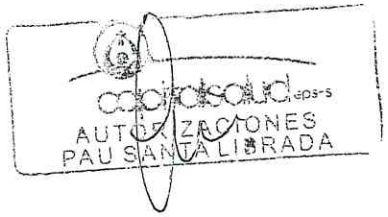
CERTIFICA

Que la señora ERIKA JOHANAMENDEZ con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No.1010021218 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen contributivo en la ciudad de Bogota desde 8 de junio de 2020, sin ninguna discapacidad.

Se expide a los 20 dias del mes Octubre de 2022 a solicitud del interesado.

Informacion adicional en nuestra Linea de Atencion al Usuario
01 8000 122219

Cordialmente,



CAPITAL SALUD EPS-S

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14872146322

(415)7707212489984(8020) 000001487214632 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 0 2 1 2 1 8	6	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 0 0 2 1 2 1 8	2 0 0 6 0 7 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENDEZ		ERIKA	JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 48 B SUR 5 F 30 IN 22 AP 102

42. Correo electrónico: erikamendez0427@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 2 8 2 3 4 4 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria 48. Código	49. Fecha inicio actividad	Otras actividades 50. Código	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 4 1 0 0 1			1 2		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2022 - 10 - 19 / 12 : 14: 16

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: ARIZA DIAZ MARIA DEL CARMEN
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 19-10-2022 12:14:20PM

COPIA NO VALIDA SIN FIRMA Y SELLO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí 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