

FORMATO INICIAL

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONVENIO 0002-2022
CONSULTA EXTERNA
LIMES SANTAYLARA

Proyecto que pertenece:
Servicio al que pertenece:
Unidad a la que pertenece:

C.C. 25 785 973 de MONTERIA

Valor Mensual: \$ 2.200.408

Valor a cobrar: \$ 1.612.113

Nombre del Contratista: INGRID JOHANNA FERNANDEZ CONTRERAS

Fecha Inicio: 2022-01-01

Fecha Terminación Inicial: 2022-02-28

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	NOVIEMBRE	\$ 1.612.113			
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

ADICIÓN	VALOR ADICIÓN	CIIP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$ 4.000.000

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$ 4.000.000

PAGOS REALIZADOS: \$ 1.612.113

Saldo del Contrato: \$ 2.450.245

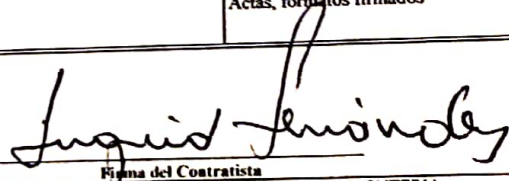
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO TÉCNICO AUXILIAR ENFERMERÍA O ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 0002-2022

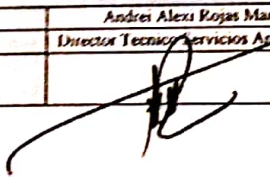
Desde: 2022-01-01 Hasta: 2022-01-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
Realizar la verificación de la frecuencia de uso según el esquema de intervenciones asignadas en salud individuales definidos en el lineamiento técnico y operativo de la RPPMS (Resolución 2205-2018) y determinar el tipo de atención que requiere el usuario. De esta forma garantizar la apertura de la historia clínica y dar acceso al médico quien hará el registro de la atención médica.	Entrega de actas y consolidación de inventario, control de insumos	formatos firmados, envío de correos electrónicos
Hacer el seguimiento de otras medidas de control para la población priorizada.	Entrega de equipos biomédicos, elementos de bioseguridad, a equipo base convenio 0002 de 2022 entrega de papelería, impresión de planes de cuidado, impresión de mapas, ajustes y cambios de implementos para el desarrollo de sus actividades según los lineamientos operativos del convenio 0002 de 2022	formatos firmados, envío de correos electrónicos
Verificar en historia clínica las ordenes médicas que sean necesarias.	Entrega de equipos celulares y computo para el desarrollo de actividades en terreno del equipo base, control de planillas de vehículos de transporte según los lineamientos operativos del convenio 0002 de 2022	formatos firmados, envío de correos electrónicos
Ejecutar las demás actividades derivadas en el proceso de planeación de la atención en los cuales se menciona el perfil de técnicos auxiliares de enfermería o administrativos	Envío de información para creación y actualización de usuarios para tercerización y dinamización, diligenciamiento mesa de ayuda, soporte, solicitar elementos de protección personal por medio dinámica verificación actas de comité según los lineamientos operativos del convenio 0002 de 2022	formatos firmados, envío de correos electrónicos
Entregar o actualizar para la operatividad del convenio contenidos en el plan de seguridad personal que hace parte integral del presente contrato.	Organización y control de archivo	Actas, formatos firmados

3. FIRMAS

Por el Contratista: 
Firma del Contratista: MONTERIA

C.C. 25 785 973 de

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1		VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	Andrei Alexi Rojas Martinez	NOMBRE:	N/A
CARGO:	Director Técnico Servicios Ambulatorios	CARGO:	N/A
FIRMA:		FIRMA:	N/A

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

**INGRID JOHANA FERNADEZ
CONTRERAS**
C.C. 25.785.973 de MONTERIA

LA SUMA DE:

(UN MILLON SEISCIENTOS DOCE MIL CIENTO TRECE PESOS) PESOS
M/CTE

(\$1.612.113)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 6555 - 2022** correspondiente del 10 al 30 de noviembre de 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD A TU BARRIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Ingrid Johana Fernandez

INGRID JOHANA FERNADEZ
C.C.: 25.785.973 de MONTERIA

Teléfono: 3008474056

Dirección: CALLE 25B N 100 55 FONTIBON

No Cuenta: 2680063844580011 CTA AHORROS

Fecha: 30/ NOVIEMBRE/2022

CERTIFICACIÓN

El Banco de las Microfinanzas Bancamía, le informa que la **CUENTA DE AHORROS AHORRAMIA PN** perteneciente al Sr(a) **INGRID JOHANNA FERNANDEZ CONTRERAS** identificado(a) con **CC. 25785973** que se encuentra vinculada a la Oficina **MONTERIA -CORRESPONSAL EPAGO** mediante el producto No. **2680063844580011**. Para efectos de realizar transferencias desde otros bancos hacia Bancamía deberá usar el siguiente número **2680063844580011** de 16 dígitos.

Se expide en **BOGOTÁ**, al (1) día del mes de **Noviembre de 2022**, con destino **A QUIEN INTERESE**.



RESPONSABLE DE SERVICIO AL CLIENTE
Bancamía - Banco de las Microfinanzas

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐		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	

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

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres			
FERNANDEZ Primer apellido	CONTRERAS Segundo apellido	INGRID Primer nombre	JOHANA Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	25785973	Femenino ☒ Masculino ☐	1/1/08 1/9/84

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia			12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de poblacion especial	
6			Tipo FINM Condicion TP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL					16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotizacion - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.					COLFONDOS		1000000	

18. Residencia

CL 25 100 55 Dirección	Telefono fijo	3008474056 Telefono celular	INJOER@HOTMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA Departamento

7. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

9. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
10. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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

Apellidos y nombres		Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido	SOTO	FERNANDEZ	ITALIANA	
1				
2				
3				
4				
5				
Tipo documento de identidad		26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
RC	1062989425	Femenino ☒	Masculino	21/10/52 02/10

tos complementarios

[illegible]

s de residencia

Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del adicional (a registrar por
	Urbana	Rural			
BOGOTA	☒		BOGOTA	3008474056	

Acción de la IPS Primaria

Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Código de la IPS(a registrar por la EPS)
VS FONTIBON - VS FONTIBON	VSFONTIB - VSFONTIB
-	-
-	-
-	-

OS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE ORO

Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones(a registrar por la EPS)
INGRID JOHANA FERNANDEZ CONTRERAS	CC	25785973	01

Dirección	Teléfono	E-mail	Municipio/distrito	Código postal
CL 25 100 55 Dirección	3002460854 Teléfono	INJOFER@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTÁ Municipio/distrito	BOGOTÁ Código postal

B. REPORTE DE NOVEDADES

A. 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	Fecha de nacimiento
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	Femenino ☐ Masculino ☐	42. Fecha 01/01/2012
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 1073 de 2013.
53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☒ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Total: ☐ 1
- ☐ 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	71. Firma del funcionario		
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad					
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 los datos registrados.

M-PY

DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Apellido
FERNANDEZ
No de identificación
25785973

Segundo apellido (o de casada)
CONTRERAS

Tipo de documento
X X X X X

Primer nombre
INGRID

Fecha de nacimiento
1984 08 11

Segundo nombre
JOHANA

Fecha diligenciamiento
2022 11 08

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la Infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normativa vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

- Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒
 2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto el ranking? ☒
 3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☒
 4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒
 5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒
- Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

Yo: INGRID JOHANA FERNANDEZ CONTRERAS identificado con el documento de Identidad número: 25785973, ☒ autorizo a Salud Total E

Enviar información vía email y/o medios electrónicos.
Cotizante: Ingrid fernandez
cc: 25785973
www.saludtotal.com.co
línea local en Bogotá 4854555
línea gratuita de atención al cliente 018000114524
guenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser **total**

Salud Total EPS



Huella digital
(en caso de no saber firmar)
F309-RVA V1.0-20