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 3150 2023	**C.D.P. No.:**	245
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:	CINDY LORENA GIL COLLAZOS	**C.C.**	1.033.691.413 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2023-01-26	**Fecha Terminación inicial:**	2023-02-24
Valor Mensual:	$ 2.299.415	**Valor a cobrar:**	$ 306.589

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	ENERO	$ 306.589	$ 0		
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
$ 2.299.415	$ 2.299.415	$ 306.589	$ 1.992.826

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DEL AREA DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 4149357/2022

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-01-27 **Hasta:** 2023-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que atraviese la ciudad en el momento.	Reporte de casos en la plataforma dispuesta por SED a demanda	Registro en el link indicado.
2	Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico y activar la ruta de atención, incluyendo la RIA en situaciones críticas que afecten el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RIO P.	Se da cumplimiento como parte de protocolo de atención requerido a demanda.	* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario
3	Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de brotes epidemiológicos en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	Se da cumplimiento por medio del registro y control de los reportes según el formulario correspondiente.	* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario
4	Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	Se da cumplimiento por medio del registro y control de los reportes según el formulario correspondiente.	* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario
5	Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, y vacunación, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	Se da acompañamiento según programación establecida a demanda.	* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario
6	Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes.	Durante la vigencia a reportar, se participa en Jornadas de inducción y fortalecimiento de capacidades para el cumplimiento y desarrollo efectivo de las actividades asignadas en la ied.	Actas y listados de asistencia.
7	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, Emergencias y Cambio climático.	Se participa en los espacios convocados por las IED a demanda.	* Formato de actas de reunión / capacitación
8	Actuar como primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio.	Se da cumplimiento mediante la atención según demanda de cada IED.	* Formato excel de seguimiento diario * Formulario google de reporte diario
9	Realizar el reporte diario de actividades ejecutadas en la IED.	Se da cumplimiento mediante la entrega de los informes de cumplimiento de objetivos de manera mensual y conforma a los lineamientos establecidos.	* Formato excel programación semanal * Formato excel de seguimiento diario
10	Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	Se da cumplimiento mediante el reporte en Aula Virtual.	Registro plataforma SED

11	Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin.	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada	* Formato excel de seguimiento diario
12	Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se da cumplimiento mediante la asistencia diaria a las IED asignadas y a los espacios convocados.	* Formato excel de seguimiento diario *Actas y listado de asistencia

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.

CINDY LORENA GIL

Firma del Contratista

C.C. 1.033.691.413 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	Jose Octaviano Barrera Gutierrez
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	

VISTO BUENO LIDER DE PROCESO	

Cuenta de cobro 001 - 2023

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

DEBE A:
CINDY LORENA GIL COLLAZOS
C.C. 1.033.691.413 de BOGOTA

LA SUMA DE:

TRESCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE ($306.589)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 3150 2023 correspondiente del 27 al 31 de ENERO de 2023.

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 4149357/2022

Cordialmente,

CINDY LORENA GIL

CINDY LORENA GIL COLLAZOS
C.C. 1.033.691.413 de BOGOTA
Teléfono: 310 677 68 87
No Cuenta Ahorros0550488421356988 Banco DAVIVIENDA

Fecha: 28 de FEBRERO de 2023

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 D D M M A A A A
	2 4 0 1 2 0 1 3

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

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

6. Apellidos y nombres				
Primer Apellido: GIL	Segundo Apellido: COLLAZOS	Primer Nombre: CINDY	Segundo Nombre: LORENA	
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1033691413	9. Sexo Femenino: X Masculino:	10. Fecha de nacimiento: D D 04 M M A A 1987	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			SEGUROS BOLIVAR	PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
1'160.000	KR 96 A 33-00 Sotileza			4736961	3106772688
Correo electrónico: lgc6683@gmail.com	Municipio / Distrito: BOGOTA	Zona Urbana: X Rural:	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio / Comuna: KENNEDY	Dirección: CUNDINAMARCA

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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre: CINDY	Segundo Nombre: LORENA GIL COLLAZOS
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino: Masculino:	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento	
	Primer Apellido		
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria		V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO		
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación
Cot.				
B	1015	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
B				
B				
39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	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 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 [X]
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. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino: Masculino:	Fecha de nacimiento D D M M A A A A

42. Fecha D D M M A A A A	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. [X]
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. [X]
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. [X]
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 [X]
53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

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
CINDY LORENA GIL COLLAZOS	1033691413

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] 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. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento donde conste la declaración de dos testigos y el certificado de defunción de los padres, o 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 la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste [ ]

17 ENE 2013

SUJETO A VERIFICACIÓN

FURIPS PARA NOVEDADES 2013

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

4. Número de formulario: 148471830

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 3 3 6 9 1 4 1 3

6. DV: 3

12. Dirección seccional: 1 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

15. Tipo de contribuyente: Persona natural y asimilada - Régimen ordinario: 2

21. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía: 1 3

22. Número de Identificación: 1033691413

27. Fecha expedición: 2 0 0 5 1

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

31. Primer apellido: GIL; 32. Segundo apellido: COLLAZOS; 33. Primer nombre: CINDY; 34. Otros nombres: LORENA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA; 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C.; 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.

41. Dirección seccional: CL 38 SUR # 5 - 02 SM 3 IN A CA 25

42. Correo electrónico: lgc9980@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 0 4 6 3 6 8 3 5 3

45. Teléfono 2: 3 1 0 8 7 7 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 6 9 9	2 0 0 7 1 0 2 7						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

54. Observación:

Obligados aduaneros

55. Código:

Exportadores

56. Forma; 56. Tipo; Servicio 1; 2; 57. Modo; 58. CPC

IMPORTANTE: Bajo principio de no autocontradicción a que hubo lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, genera el deber de actualizar oportunamente y no discriminar información de ser exigida su cruce

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]; 60. No. de Folios: 0; 61. Fecha: 2022-06-11 10:32:21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser tratada y usada, en caso de constituir antecedentes en algún de los delitos sancionados en el Título VIII del Libro Segundo del Código Penal Colombiano, sanciones administrativas y de indisponibilidad, 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: GIL COLLAZOS CINDY LORENA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 11-06-2022 10

Powered by CamScanner