

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6068 2023	C.D.P. No.:	1622	Proceso que pertenece:	GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
				Servicio al que pertenece:	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC - ENTORNO HOGAR
				Unidad a la que pertenece:	SAN JOSE OBRERO
Nombre del Contratista:	SANDRA MILENA QUINTERO GARZON			C.C.	1.018.423.850
de:	BOGOTA				
Fecha Inicio:	2023-07-12	Fecha Terminación inicial:	2023-08-10	Valor Mensual:	\$ 5.228.176
				Valor a cobrar:	\$ 1.676.426

ADICIÓN/ OTRO SI	VÁLOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	JULIO 2023	\$ 1.676.426			
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 5.228.176	\$ 5.228.176	\$ 1.676.426	\$ 3.551.750

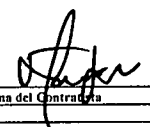
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

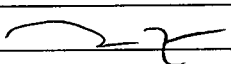
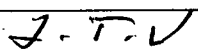
OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA ESPECIALISTA 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

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-07-14 Hasta: 2023-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.	Se cumple con las actividades establecidas de acuerdo al cronograma para dar cumplimiento a los eventos de interés en salud pública asignados, conducta suicida, violencias, familias con condiciones crónicas, familias con gestantes, gestantes en edades extremas, desnutrición aguda moderada.	Base VSP, canalizaciones, formatos y drive de reporte diario
2	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Elaboración de cronograma mensual de actividades.	Cronograma mensual.
3	Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.	Se realiza la ejecución de las caracterizaciones con los formatos, con calidad del dato y correcto diligenciamiento.	Formatos de caracterización, formatos de tamizaje (COPE 28, SRQ, RQC, APGAR Familiar), plan de cuidado familiar concertado.
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Se realiza el apoyo a las actividades inherentes del contrato en las diferentes localidades de la subred centro oriente.	Listados de asistencia
5	Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.	Se realiza acta de apropiación de lineamientos del entorno cuidador hogar.	Acta de apropiación conceptual de lineamientos.
6	Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo	Se Diligencia y se hace seguimiento a las caracterizaciones realizadas	Formatos de fichas de caracterización.
7	Realizar el seguimiento en campo de los productos, metas o actividades al talento humano con los respectivos soportes y Generar los espacios que faciliten el direccionamiento técnico y acompañamiento con los equipos operativos asignados.	No aplica para el cargo actual	No aplica para el cargo actual
8	Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control. Indicadores y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado.	Se Retroalimenta bases de los productos específicos de manera oportuna y con calidad	Diligenciamiento de bases VSP.
9	Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran. Para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC.	Se realizan articulaciones con las entidades así como la promoción a la comunidad de las diferentes ofertas institucionales que requiera la población de acuerdo a su necesidad.	Actas, listados de asistencia y registro en formatos de plan familiar.

	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-001 VERSIÓN: 03 FECHA: 2021-12-27
10	Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.	Se realizan las entregas de los soportes físicos de las acciones ejecutadas, de acuerdo a la normatividad vigente y tabla de retención documental.	Formatos de fichas de caracterización, Acta de entrega.
11	Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se realiza apoyo para dar respuesta a las obligaciones asignadas por el supervisor, contenidas en el formato de necesidad de personal del contrato	Listados de asistencia y acta.
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. 1.018.423.850 de BOGOTÁ	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1		VISTO REFERENTE DEL PROCESO RESPONSABLE	
NOMBRE:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO	NOMBRE:	LILIANA TELLEZ VALBUENA CC 51933284
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 27	CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION
FIRMA:		FIRMA:	

Cuenta de cobro 001 - 2023 ✓

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7**

DEBE A:

**SANDRA MILENA QUINTERO GARZÓN ✓
C.C. 1.018.423.850 DE BOGOTÁ ✓**

LA SUMA DE:

**UN MILLÓN SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTISÉIS ✓
PESOS**

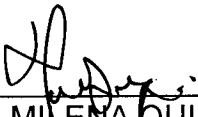
(\$1.676.426) ✓

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS 6068 2023** correspondiente del 14 al 31 de JULIO 2023 ✓

**OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN
PSICOLOGIA ESPECIALISTA 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 ✓**

Cordialmente,



**SANDRA MILENA QUINTERO GARZÓN
CC: 1.018.423.850 DE BOGOTÁ
Teléfono: 3142675300
Dirección: CALLE 69C 111C - 68
Cuenta ahorros No 4482001367 BANCO COLPATRIA**

Fecha: 31/07/2023 ✓

13072023

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐ 2. Tipo de Afiliación A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐ 3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐ 6. Código (a registrar por la EPS) 03

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Quintero Garzón Sandra Milena

7. Tipo de documento de identidad CC 8. Número del documento de identidad 1.018.423.850 9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐ 10. Fecha de nacimiento 15/03/1989

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 Porvenir 17. Ingreso Base de Cotización - IBC \$2.091.270

18. Residencia Dirección Calle 69c # 111c 68 Teléfono Fijo 3142675300 Teléfono Celular milena.quinteroga@gmail.com

Municipio / Distrito Bogotá Zona Urbana ☒ Rural ☐ Localidad / Comuna Engativa Departamento Bogotá D.C.

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

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

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco 30. Etnia 31. Discapacidad

	Tipo			Condición	
	F	N	M	T	P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

Municipio / Distrito	Zona	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
	Urbana	Rural		
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C	B	B	B	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 (A registrar por la E.P.S.)

39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES**40. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación
☐ 3. Actualización del 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 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 del documento de identidad		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		Fecha de Radicación	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
43. EPS Anterior				44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>		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, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
☒ 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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. Anexo copia del documento de identidad
 Cantidad CN RC TI CC CE PA CD SC 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 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 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 <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de Radicación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		69. Fecha de Validación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>				71. Firma del funcionario			
Tipo de documento de identidad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Número del documento de identidad <input type="text"/>					

Observaciones:

Independiente

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial

Sello de radicación

Sticker procesamiento

C.C. No.

13 JUL 2023

Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14906453485



(415)7707212489984(8020) 000001490645348 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 8 4 2 3 8 5 0

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 1 8 4 2 3 8 5 0

27. Fecha expedición

2 0 0 7, 0 4, 0 9

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

QUINTERO

32. Segundo apellido

GARZON

33. Primer nombre

SANDRA

34. Otros nombres

MILENA

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.

0 0 1

41. Dirección principal

AC 69 C 111 C 68

42. Correo electrónico

milena.quinteroga@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 2 6 7 5 3 0 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

Actividad secundaria

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9, 0 7, 0 1

48. Código

7 2 2 0

Otras actividades

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 7, 0 8, 0 1

50. Código

1 2

51. Código

2 4 4 5

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

Obligados aduaneros

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

2023 - 03 - 31 / 22 : 29: 26

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 QUINTERO GARZON SANDRA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4482001367 , con fecha de apertura 7 de Mayo de 2013 , de la cual es titular:

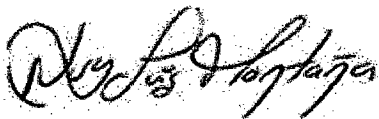
El (la) señor(a): SANDRA MILENA QUINTERO GARZON
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.018.423.850

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Julio de 2023 .

Cordialmente,



Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes





Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Work Area → Configuration Manager → Sales Contract Management → View Contract

1 General Information

Cancel

<

Buyer Evaluation

>

2 Conditions

VIEW CONTRACT

3 Catalogue Items

Contract Execution

4 Attestation Documents

Contract Execution

5 Contract Document

☐ Percentage ☐ ItemReception

6 Budget Information

Contract Invoice

7 Contract Execution

Registration authorization is
needed?☐ Yes ☒ No

8 Contract Versions

Payment ID	Invoice Nr	Issue Date	Reception Date	Invoice Total Value	State
------------	------------	------------	----------------	---------------------	-------

9 Non-Compliances

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Create

Contract Execution Documents

Contract Execution Documents

Description

File Name

Uploaded by

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Cancel

<

Buyer Evaluation

>