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 3366 2024 | **C.D.P. No.:** | 333 |

**Proceso que pertenece:** MISIONAL
**Servicio al que pertenece:** DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - CONVENIO SED
**Unidad a la que pertenece:** CAPS PRIMERA DE MAYO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO | **C.C.** | 53.165.501 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2024-01-24 | **Fecha Terminación inicial:** | 2024-03-08 | **Valor Mensual:** | $ 2.471.871 |

**Valor a cobrar:** $ 494.374

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 494.374 | $ 0 | NO APLICA | NO APLICA |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.790.202 | $ 3.790.202 | $ 494.374 | $ 3.295.828 |

## 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 4730879/2023

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2024-01-25 **Hasta:** 2024-01-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Tal como aparecen 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<br>* 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<br>* 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 | Se da cumplimiento por medio del registro y control de los reportes según el formulario correspondiente. | * Formato excel programación semanal<br>* 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<br>* 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 | Se da cumplimiento mediante la atención según demanda de cada IED. | * Formato excel de seguimiento diario<br>* 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<br>* 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 soportes 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 CO1.PCCNTR.4730879/2023 que hace | Se da cumplimiento mediante la asistencia diaria a las IED asignadas y a los espacios convocados. | * Formato excel de seguimiento diario<br>*Actas y listado de asistencia |
| 13 | Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel naturaleza y área de desempeño del contrato | No aplica | No aplica |

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**

**Observaciones:**

**HONORARIOS FIJOS**

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.** 53.165.501 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| CARGO: | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 242 GRADO 2 |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | JOHANNA ARREDONDO GIRALDO |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |
| FIRMA | |

**No Cuenta de cobro 01- 2024**

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

**DEBE A:**

**DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO**
**C.C. 53.165.501 de Bogotá**

**LA SUMA DE:**

**CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($494.374)**

Por concepto de:

• Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 3366 2024 correspondiente del 25 al 31 de enero de 2024.

OBJETO: 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 4730879/2023

**Cordialmente,**

DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO
C.C. **53.165.501 de Bogotá**
Teléfono:305 711 84 08
No Cuenta 0550005300573366 Ahorros Davivienda

Fecha:31 de enero de 2024

F·P PORVENIR
ARL SURA
EPS FAMISANAR

Famisanar

NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 25 01 2024

I. TIPO DE TRAMITE

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Datos tomados de la cédula de ciudadanía)

| 1. Primer Apellido | 2. Segundo Apellido | 3. Primer Nombre | 4. Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | BELLO | DOLLY | VIVIANA |

| 5. Tipo de documento de identidad | 6. Número de identificación | 7. Sexo | 8. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 53165501 | X | 09 05 1985 |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 9. Etnia | 10. Discapacidad | 11. Puntaje SISBEN | 12. Grupo de población especial | 13. Administradora de riesgos laborales - ARL | 14. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PORVENIR |

| 15. Ingreso Base de cotización - IBC | 16. Departamento | 17. Municipio | 18. Dirección de residencia | 19. Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1300.000 | BOGOTA | BOGOTA | CRA 98 # 56A 50 OR | 3057118408 |

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

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento | 24. Primer Apellido | 25. Segundo Apellido | 26. Primer Nombre | 27. Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| Datos complementarios | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 28. Parentesco | 29. Puntaje SISBEN | 30. Etnia | 31. Discapacidad | 32. Grupo de población especial | 33. Ocupación |
| | | | | | |

V. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA DE PENSIONES (Diligenciar únicamente para afiliación institucional o de oficio)

| 34. Razón Social o Apellidos y Nombres | 35. Tipo de documento de identidad | 36. Número de identificación | 37. Dígito de verificación | 38. Clase de aportante | 39. Actividad económica CIIU |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 40. Dirección de notificación | 41. Departamento | 42. Municipio | 43. Teléfono | 44. Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 45. Tipo de Aportante | 46. Modalidad de Ingreso | 47. Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| | | |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 48. Tipo de Novedad | 49. Fecha de Novedad |
|---|---|
| | |

VII. FIRMAS

| 50. Firma del Afiliado o Representante Legal | 51. Firma del Empleador o Entidad Pagadora de Pensiones |
|---|---|
| | |

| 52. Nombre del Funcionario que recibe | 53. Fecha de Radicación en Famisanar |
|---|---|
| | |

Famisanar

Recibido para verificación

54. Observaciones

ORIGINAL UNICA

Famisanar

## CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

SI NO

Posee el diligenciamiento del presente cuestionario de Afiliación, la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Previo al diligenciamiento del presente cuestionario de Afiliación, se le explicó la importancia de [illegible]

Comprende el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Cuenta con algún canal para [illegible]

Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de [illegible]

Nombres y Apellidos del Afiliado

Número de Identificación

Firma del Afiliado

## AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de afiliado o cuidador, autorizo de manera clara, expresa, libre, inequívoca y específica que le otorga a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, transmitir y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada en mi contra y en los formatos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD disponibles en *www.famisanar.com.co* todo lo cual conforme la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la complementen, adicionen, reglamenten o modifiquen.

Así mismo, manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los que establece la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales, cuando ello sea procedente conforme la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios.

*"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos. (Manual del Usuario Decreto 1377 de 2013)*

Firma del Afiliado

Nombres y Apellidos: DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO

Identificación: 53165501 BTA

## FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento No. _____ quien manifiesta no poder firmar por [illegible], lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de [illegible] años y se identifica con [illegible] en constancia de lo cual estampa [illegible].

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos

Identificación

Dirección

Teléfono

Nombres y Apellidos
de quien firma
a ruego

Huella