1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3406 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: YERALDIN STEFANNY BUILES FONTECHA **C.C.** 1.007.297.714 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2024-01-25 **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				

Nº 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 4750879/2023

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

	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 enfermedades transmisibles 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 realizadas 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.	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
13	Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel naturaleza y área de desempeño del contrato CONVENIO 4730879/2023 Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Ejecutar las actividades asignadas deacuedo a las necesidades del convenio y que hacen parte del contrato	Actas y listados de reuniones

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. 1.007.297.714 de BOGOTA D.C

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 27
FIRMA	

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

Cuenta de cobro 01- 2024

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

DEBE A:

YERALDIN STEFANNY BUILES FONTECHA

C.C. 1.007.297.714 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 PS 3406 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,

YERALDIN STEFANNY BUILES FONTECHA
C.C. 1.007.297.714 de Bogotá
Teléfono: 3142130286
No Cuenta 24111445484 Ahorros Banco Caja Social

Fecha:31 de enero de 2024

EPS: Famisanar
Arl: Seguros Bolivar
Pensión: Proteccion

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

Fecha de Radicación
25 01 2024

BOLLES
CC

FONTECHA
1007297714

X

PERALDIN
2 9 1 0 2001

SEGUNDO

1300.000

cll 95 sur #7A - 27

DIRECCION
3142130286

CAPAN

PERALDIN SEGUNDO BOLLES CC 1007297714
cll 95 sur #7A - 27
BOGOTA BOGOTA

24 01 2024

Famisanar
Recibido para verificación

HEUCOA-4184

Famisanar

NIT 830.003.564-7

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
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?		
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su portafolio de servicios?		
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del usuario?		
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño?		
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?		
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. [illegible]		

Firma del Afiliado:

Nombre y Apellidos: Yeraldin Stefany Builes Fontecha

1007.297.714

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

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo 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, reportar y en general tratar todos los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información que facilite, de manera verbal, escrita o por medios electrónicos, de mi grupo familiar en su Base de Datos, con la finalidad de dar a los mismos los propios del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que he sido informado sobre mis datos sensibles que se requieren en la Constitución y la Ley (especialmente [illegible]) y que no estoy obligado a suministrarlos [illegible]

"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 [illegible] y derechos de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos" (Numeral 3 artículo 3° Decreto 1377 de 2013)

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar [illegible] quien es mayor de edad y de ningún impedimento [illegible] Cumplidos los [illegible]

Firmante a Ruego:

Nombre y Apellidos:

Identificación:

Dirección:

Teléfono:

Huella