

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3410 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: Yury Nafán Estrella Baez

C.C. 1.032.508.519 de: Bogotá

Fecha inicio: 2024-01-25 Fecha Terminación inicial: 2024-03-08

Valor Mensual: \$ 2.471.871 Valor a cobrar: \$ 494.374

ADICIÓN CÍRCULO	VALOR ADICIÓN	C.D.P.	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº C.T.A.	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1					1	ENERO	\$ 494.374	\$ 0	NO APLICA	NO APLICA
2					2					
3					3					
4					4					
5					5					
6					6					
7					7					
8					8					
9					9					
10					10					
11					11					
12					12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL
DEL CONTRATO
\$ 3.790.202

VALOR TOTAL
DEL CONTRATO
\$ 3.790.202

PAGOS REALIZADOS
\$ 494.374

SALDO DEL CONTRATO
\$ 3.295.828

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO DEL ÁREA DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN GESTIÓN 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:	Hasta:
		2024-01-25	2024-01-31
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS <small>(Clasificación de la actividad)</small>		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO 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 atraviesa 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 DBB 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 talón 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	Elaborar meso 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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-5A-FT-014
 VERSION: 03
 FECHA: 2021-12-27

Secretaría de Salud
 Subred Integrada de Servicios de Salud
 Centro Oriente E.S.E.

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 de acuerdo 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 1090 de 2016.

Natalia Estrella

Firma del Contratista

C.C. 1.032.508.519 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA:	<i>[Firma]</i>

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 242 GRADO 27
FIRMA:	<i>[Firma]</i>

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 3	
NOMBRE:	JOHANNA AKREDONDO GIRALDO
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA:	<i>[Firma]</i>

Cuenta de cobro 01- 2024

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

DEBE A:

Yury Natalia Estrella Baez
C.C: 1.032.508.519

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 3410**
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,

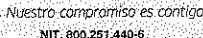
Natalia Estrella Baez

C.C. 1.032.508.519

Teléfono: .3212927500

No Cuenta Ahorros 085217438 Banco BBVA

Fecha: 31 de enero de 2024



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D	O	M	E	N	A	N	E
---	---	---	---	---	---	---	---



17382941

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

DATOS DE IDENTIFICACION

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia -Beneficiario o Afiliado adicional			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			Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres				Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
				Carrillo		Baez		Yury		Natalia	
7. Tipo de documento de identidad				8. Número del documento de identidad				9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
CN RC	TI CC	CE PA	CD SC	1032509519				Femenino ☒ Masculino		20/12/1999	

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1300000
---	---------------------------------	---

18. Residencia	
Dirección	Carretera 911 A Esquina 25 A 34
	Teléfono Fijo

Teléfono Celular	Correo Electrónico
321 292 7500	yuxq122099@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Soacha	Urbana ☒ Rural	Comuna 6	Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR:

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente colizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] </div>

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			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	[D][I][C][M][N][A][J][A][A]	
B2		Femenino Masculino	[D][I][E][N][A][J][A][A][A]	
B3		Femenino Masculino	[D][I][J][U][N][J][A][A][A]	
B4		Femenino Masculino	[D][I][O][M][I][A][J][A][A]	
B5		Femenino Masculino	[D][I][O][M][I][E][J][A][A]	

30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de Residencia				33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo	Condición	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	
B1	F N M	T P		Urbana	Rural		
B2	F N M	T P		Urbana	Rural		
B3	F N M	T P		Urbana	Rural		
B4	F N M	T P		Urbana	Rural		
B5	F N M	T P		Urbana	Rural		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
---	---

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social		36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	
		37. Número del documento de identificación	
		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección			
Teléfono Fijo			
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	
		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación de 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 <input type="text"/>	☐ 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.
☒ 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	

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
CN TI CE CD RC CC PA SC			Femenino Masculino
		Fecha de nacimiento	42. Fecha
		0 0 / 0 0 / 0 0 0 0	2 6 / 0 1 / 2 0 1 4
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. ☐ 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. ☒ 51. Autorización para que la EPS 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 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. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

VIII. FIRMAS	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Natalia Estrella Baez	

IX. ANEXOS	
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad 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. ☐ 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 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 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		67. Datos del SISBEN	
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje
		Nivel	
		68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
		0 0 / 0 0 / 0 0 0 0	0 0 / 0 0 / 0 0 0 0
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento		Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario
Observaciones:			
