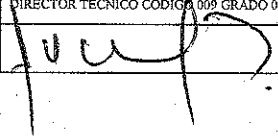


OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Por asignatura y/o curso)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico 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, articulados con el equipo de la estrategia RIO P.	Se da cumplimiento como parte de protocolo de atención requerido a demanda.	<ul style="list-style-type: none"> * Formateo excel programación semanal * Formateo 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.	<ul style="list-style-type: none"> * Formateo excel programación semanal * Formateo 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.	<ul style="list-style-type: none"> * Formateo excel programación semanal * Formateo 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.	<ul style="list-style-type: none"> * Formateo excel programación semanal * Formateo 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.	* Formateo 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 acuerdo 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.	<ul style="list-style-type: none"> * Formateo 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.	<ul style="list-style-type: none"> * Formateo excel programación semanal * Formateo 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

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	
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. Contenidos en el formato de necesidad de personal CO1.PCCTR.4730879/2023 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	
13	Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel naturaliza y área de desempeño del contrato CONVENIO 4730879/2023. Contenidos 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 1990 de 2016.					
		C.C. 1.070.623.466 de  GIRARDOT			

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	

Cuenta de cobro 01- 2024 /

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
NIT No. 900.959.051-7

2024 correspondiente del C.C. 1070623466

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS
DESARROLLAR ACTIVIDADES
EN SALUD DE LA ANA VALENTINA GUTIERREZ MENDEZ
ORIENTE E.S.E. CONVENIO C.C 1070623466 de Girardot

DEBE A:

En diligencia,

LA SUMA DE:

CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y

C.C. 1.070.623.466 CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE (\$494.374) /

Teléfono: 3208963627

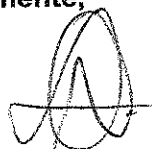
No Cuenta Ahorros: 035551308 Banco de Bogotá

Por concepto de:

• Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato PS 3427
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,



C.C. 1.070.623.466 de Girardot

Teléfono: 3208963627

No Cuenta Ahorros: 035551308 Banco de Bogotá

Fecha: 31 de enero de 2024 /



177535851

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐		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) 03

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Gutierrez Segundo Apellido: Mendez Primer Nombre: Ana Segundo Nombre: Valentina				
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		8. Número del documento de identidad 1070623466	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 29/08/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones Protección	17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1.300.000
18. Residencia Dirección: Calle 3550 #13J-11 Teléfono Fijo:			
Teléfono Celular: 3708963627		Correo Electrónico: ana.valengu@hotmail.es	
Municipio / Distrito: Bogotá DC	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna: Natagaima Uribe	Departamento: Bogotá DC

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: Segundo Nombre:			
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	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			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad B1	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: Condición:	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 EPS)
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)
--	--

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		11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
1. Modificación de datos básicos de identificación.		12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
2. Corrección de datos básicos de identificación.		13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo	
3. Actualización del documento de identidad.		☐ B. Régimen Subsidiado	
4. Actualización y corrección de datos complementarios.		14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen	
5. Terminación de la inscripción en la EPS.		☐ B. Diferente Régimen	
Código <input type="text"/>		15. Reporte de fallecimiento.	
6. Reinscripción en la EPS.		16. Reporte del trámite de protección al cesante	
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.	
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales		18. Reporte de la calidad de Pensionado	
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			

V. 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 CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad		Sexo Femenino Masculino		Fecha de nacimiento		42. Fecha	

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
--	---

IX. ANEXOS

☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad <input type="text"/> TOTAL <input type="text"/>
☐ 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 Código del Municipio: <input type="text"/> Código del Departamento: <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Número de ficha: <input type="text"/> Puntaje: <input type="text"/> Nivel: <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
--	---	-------------------------	-------------------------

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:	Independiente
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS	

