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: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4874 2024	**C.D.P. No.:**	3057	**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:	MONICA CASTILLO AVILA	**C.C.**	39.579.428.	**de:**	Girardot.
Fecha Inicio:	2024-09-04	**Fecha Terminación inicial:**	2024-11-30	**Valor Mensual:**	$ 2.585.577
Valor a cobrar:	$ 2.327.019				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 2.327.019	$ 0	NO APLICA	NO APLICA

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 7.670.545	$ 7.670.545	$ 2.327.019	$ 5.343.526

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 6591670/2024 SED

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-09-04 **Hasta:** 2024-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred.	Reporte de casos a vigilancia epidemiologica	1. Acta de visita de campo para este mes 2. No se desarrrolla esta actividad para el mes de Septiembre
2	Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico según recomendación del grupo ERI de la Subred.	acompañamiento a casos reportados y notificacion al componente de vigilancia del mes Septiembre	1. registro de actividades en el formato de Ecxel 2. registro de actividades en formato de firmas
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 al desarrrollo de Acciones pedagogicas para prevencion de enfermedades transmisibles con temas IRA para el mes de Septiembre	1. registro de actividades en el formato de Ecxel 2. registro de actividades en formato de firmas 3. Evidencias fotograficas en DRIVE
4	Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED.	Acompañamiento y orientar al equipo de docentes de las instituciones educativas el directorio de OCE	1. Correo de solicitud 2. Acta de articuacion
5	Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura) 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 al desarrrollo de Acciones pedagogicas para promocion de estilos de vida saludables con temas Cuidados básicos en la actividad fisica, Comportamiento En Salidas Pedagogicas, Perdida y Desperdicios de Alimentos, accidentabilidad Escolar, IRA. para el mes de Septiembre	1. registro de actividades en el formato de Ecxel 2. registro de actividades en formato de firmas 3. Evidencias fotograficas en DRIVE
6	Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	Para el mes Septiembre se realizo apoyo la campaña De Obesidad y Sobrepeso el 24 de septiembre	1. Actas y listados de asistencia. 2. registro de actividades en formato de firmas
7	Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación escolar, tiendas escolares y convivencia escolar, cuando sea convocado.	Se participa en los espacios de comites de Septiembre convocados por las IED a demanda.	1. registro de actividades en el formato de Ecxel 2. registro de actividades en formato de firmas

8	Apoyar al Comité de gestión de riesgo y emergencias escolares, 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 de comites de SST Riesgos convocados por las IED a demanda.	1. registro de actividades en el formato de Ecxel 2. registro de actividades en formato de firmas
9	Actuar como apoyo al 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.	apoyo a la tencion de 15 casos de priemer respopndientes para el mes de Septiembre	1. registro de actividades en el formato de Ecxel 2. registro de actividades en formato de firmas 3. Evidencias fotograficas en DRIVE 4. Registo de casos en formato de notificacion de la IED
10	Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED	cumplimiento de 85 actividades para el mes de Septiembre	1. registro de actividades en el formato de Ecxel 2. registro de actividades en formato de firmas 3. Evidencias fotograficas en DRIVE
11	Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED	1. registro de actividades en el formato de Ecxel DRIVE 2. registro de evidencias Drive 3. reporte en enlace de SED diario
12	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.	entrega en la institucion educativa informe de las actividades cuantitativa y cualitativas del mes de Septiembre	1. Informe de word con firma del rector de recibido
13	Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred.	participar en la reunion de capacitacion de la Direccion de Bienestar Estudiantil del 14 de Septiembre	1. listado de asistencia a la reunion
14	Las demás que esta supervisión considere necesarias durante la ejecución del presente contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	No aplica para este mes	Para este mes no aplica

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.

Monica Castillo Avila

Firma del Contratista

C.C. 39.579.428. **de** Girardot.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO DEL LIDER DEL PROCESO	
NOMBRE	NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO
CARGO	PROFESIONAL ESPECIALIZADA
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:
MONICA CASTILLO AVILA
C.C.39.579.428. de Girardot

LA SUMA DE:

DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL DIECINUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE ($2.327.019)

Por concepto de:

• Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 4874 2024 correspondiente del 4 al 30 de septiembre de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AREA DE SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 6591670/2024 SED

Cordialmente,

Monica Castillo Avila

MONICA CASTILLO AVILA
C.C. 39.579.428. de Girardot
Teléfono: 3102032922.
No Cuenta 24062439347 Ahorros Banco Caja Social.

Fecha:30 de septiembre de 2024.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nro. de Radicación: 179582405

Fecha de Radicación:

(Lea las instrucciones antes de diligenciar el formulario. Use letra imprenta)

A. AFILIACIÓN

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual Cotizante Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. Otro Cual?
3. Régimen: A. Contributivo X B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS): 03

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Castillo Segundo Apellido: Avila Primer Nombre: Monica Segundo Nombre: —

7. Tipo de documento de identidad: CN RC TI CE CC PA CD SC
8. Número del documento de identidad: 51577428
9. Sexo: Femenino X Masculino
10. Fecha de nacimiento: 21/11/1981

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: Sura
16. Administradora de Pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'300.000

18. Residencia
Dirección: Cra 123 # 146 - 24 Solicita ?
Teléfono Fijo: NO
Teléfono Celular: 3103827922
Correo Electrónico: monicacastillavila@gmail.com
Municipio / Distrito: Bogotá D.C
Zona: Urbana X Rural
Localidad / Comuna: Fontibon
Departamento: Bogotá D.C.

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

	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo / Condición	32. Datos de Residencia: Municipio / Localidad / Comuna	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)
A		
B		
C		
D		

KP DATA

B. REPORTE DE NOVEDADES

35. Nombre o razón social
36. Tipo de 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

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:
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 C. A Mismo Régimen D. Diferente Regimen
14. Traslado
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

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: 03 SEP 2024
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

AUTORIZACIÓN DE 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 afiliación 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 lo 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.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Monica Castillo Avila
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN RC TI CC PA CE 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 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 acta administrativa o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de Cotizante o se ordene la afiliación de oficio

VALIDACIÓN

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código de Municipio / Código del Departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha / Puntaje / Nivel
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

EPS Sanitas RECIBIDO POR LA EPS 03 SEP. 2024

Nombre de la Entidad Territorial o Prestador y código de habilitación que entrega la información

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: Angie M 12105

Firma del Cotizante, Cabeza de Familia o Representante Legal

RECIBIDO POR:

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MONICA CASTILLO AVILA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39579428**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de septiembre de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellin, 3 de septiembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que MONICA CASTILLO AVILA con documento de identidad C39579428, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE con NIT N900959051.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-09-05	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA