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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3722-2020	**C.D.P. No.:**	10	**Proceso al que pertenece:**	SERVICIOS DE SALUD DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION BAJA COMPLEJIDAD
				Unidad a la que pertenece:	SIRC

Nombre del Contratista:	MONTOYA MONCADO ANDREA DANIELA			**C.C.**	1.013.599.047	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:		**Fecha Terminación incial:**	2020-07-31	**Valor Mensual:**		**Valor a cobrar:**	$ 1.241.760

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MARZO	$ 1.241.760	$ 0	0
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.424.640	$ 9.424.640	$ 1.241.760	$ 8.182.880

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE RADIOPERADOR, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL PROCESO DE GESTION DE URGENCIAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-03-01 **Hasta:** 2020-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	VER DOCUMENTO ADJUNTO	VER DOCUMENTO ADJUNTO
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Observaciones: **PLANILLA No: 0**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Andrea Montoya
Firma del Contratista

C.C. 1.013.599.047 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ GUISELLE LINARES J
CARGO:	ENFERMERA JEFE
FIRMA	Luz Guiselle

B. Reporte de Novedades [X] | Cabeza de Familia [ ] C. Institucional [ ] | Beneficiario o afiliado adicional [ ] D. De oficio [ ] | B. Subsidiado [ ] | 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] | (a registrar por la EPS) 59

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

6. Apellidos y nombres			
Montoya	Mancado	Andrea	Pamela

7. Tipo de documento de identidad: CC | 8. Número de documento de identidad: 1013599047 | 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] | 10. Fecha de nacimiento: 13 08 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ] | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Seguros Bolivar | 16. Administradora de pensiones: Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC: 811283 | 18. Residencia: Cra 31 B # 141-09. | 3060413 | 3148446605

andrefahme@hotmail.com | Bogotá. | Zona Urbana [X] Rural [ ] | 16 | Bogotá

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

20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de 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				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino / Masculino
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Estrato	31. Discapacidad: Tipo F N M T P	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

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)
Cot		
B		1022
B		
B		

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 de documento de identificación

37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización 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 [X]
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. Novedad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte de Validez de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número de 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 acrediten la condición de beneficiarios [ ]
49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud [ ]
50. Autorización para que se EPS solicite y entregue datos y copia de la Historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran [X]
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 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto [X]

VIII. FIRMAS

Andrea Montoya.

IX. ANEXOS

54. Anexo copia del documento de identidad: CN [Cant.] RC [Cant.] TI [Cant.] CC [Cant.] TM [Cant.] CE [Cant.] PEP [Cant.] PPT [Cant.] Otro [Cant.]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia del registro civil de nacimiento, 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 declara 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 [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia [ ]
62. Documento original donde conste la petición de la cuenta de cobro, el certificado de afiliación de los padres de los beneficiarios suscrito por el cotizante adjuntando copia de los mismos [ ]
63. Copia de la autorización de traslado que para tal fin expida la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificación de vinculación o afiliación para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acta administrativa o providencia de no adjudicabilidad correspondiente [ ]

ACTIVIDADADES Y PRODUCTIVIDAD

Fecha: 1 al 31 de Marzo de 2020

Nº	ACTIVIDADES	CUMLIMIENTO %
1	Cumplir y hacer cumplir las guías, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (SISSCO) E.S.E	100%
2	Recibir solicitud de tramite debidamente diligenciado por el médico (formato referencia) anexo 9, (formato de interconsulta), (formato de orden medica).	100%
3	Recibir en la plataforma del software SIRC las solicitudes de, las diferentes unidades de salud (UMHES-CAPS-USS) de la subred centro oriente	100%
4	Entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transición segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo SIRC	100%
5	Articular las UMHES, CAPAS .USS. y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, traslados, referencias e interconsultas o poyo diagnostico	100%
6	Solicitar los documentos necesarios para las remisiones o exámenes del usuario y adjuntar a la historia clínica y demás requisitos (formato de requisitos)	100%
7	Construir y conocer la trazabilidad documental histórico de cada remisión y comprobar estado desde su origen hasta su localización final.	100%
8	Facilitar la articulación con los diferentes actores de la sub red integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. de acuerdo a los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer más eficientes los servicios.	100%
9	Radicar la orden de servicio o solicitud, creando una bitácora en el aplicativo SIRC, herramienta disponible en todas las unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E (UMHES, CAPS, USS).	100%
10	Redireccionar a otra plataforma la solicitud de servicio, cuando la gestión corresponda a otro espacio cerrando la bitácora y asegurando abrir la nueva.	100%
11	Identificar los niveles de atención alto, medio, y baja complejidad y los servicios que presta (ambulatorios, hospitalarios, urgencias, complementarios).	100%
12	Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento.	100%
13	Revisar el correo institucional las veces que sea necesario con el objetivo de encontrar información autorizaciones, provenientes de EPS externas,	100%
14	Informar oportunamente a las EPS una vez se notifique el proceso de remisión, suspensión de procedimiento, confirmación tipologías ambulancia etc.	100%
15	Realizar el censo tres (3) veces al día y reportarlo en el aplicativo SIRC	100%
16	Utilizar el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo	100%
TOTAL		100%

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA CONTRATISTA Andrea Montoya. C.C. 1013599047.