

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **418620** C.D.P. No.: **1266** Proceso al que pertenece: **PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC**
 Unidad a la que pertenece: **SALUD PÚBLICA - ESPACIO VIVIENDA**
 Nombre del Contratista: **INGRID MARIBEL AGREDA CHASOY** C.C. **1.023.900.808** de: **BOGOTÁ**
 Fecha Inicio: **2020-05-19** Fecha Terminación inicial: **2020-06-03** Valor Mensual: **\$ 1.238.160** Valor a cobrar: **\$ 495.264**

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	MAYO	\$ 495.264		
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 \$ 825.424	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 825.424	PAGOS REALIZADOS \$ 495.264	SALDO DEL CONTRATO \$ 330.160
------------------------	--	--	-----------------------------------	----------------------------------

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

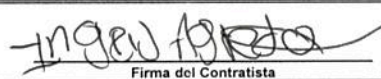
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo Desde: **2020-05-19** Hasta: **2020-05-30**

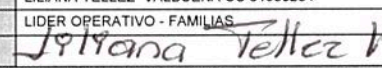
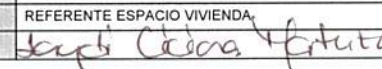
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo al lineamientos establecidos de la secretaría de salud y cumplir con los direccionamientos respectivos desde el supervisor del contrato		Cronograma mensual de actividades, actas de reunión, revisión semanal
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Apropiación conceptual de los lineamientos * Identificación de familias y de riesgos en salud. * Seguimiento telefónico verificando condiciones de riesgo e identificando nuevas alertas en las familias etnia indígena pueblo INGA. * Seguimiento telefónico a casos emergentes del pueblo Inga direccionados por SDS.		* Base VSP * Base de Seguimiento de casos con mayor vulnerabilidad etnia Inga. * Base de Seguimiento no presencial tel-virtual Inga * Base de seguimiento a
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento suministrados por Secretaría Distrital Salud.		*Cronograma mensual de actividades.
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habitación y acreditación de servicios de salud.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación.		* Formato de caracterización a población priorizada en zonas de cuidado especial por COVID19.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realizar seguimiento telefonicos según meta programada y asignación de base de manera diaria.		*Bases dispuestas para registro de llamadas telefónicas.

Observaciones:

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.


 Firma del Contratista

C.C. **1.023.900.808** de **BOGOTÁ**

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LILIANA TELLEZ VALBUENA CC 51933284
CARGO:	LIDER OPERATIVO - FAMILIAS
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



FORMULARIO No.

Número de Radicación

Fecha de Radicación

05202020

05/20/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite:		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☒		A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐			

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos		7. Tipo documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Agreda, Carlos		C		1023900808		Femenino ☒ Masculino ☐		24/08/1990	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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. Ingresos base de cotización - IBC	
Cajamar		Porvenir		480.657	

18. Residencia		19. Zona		20. Localidad/Comuna		21. Departamento	
Calle 27 A Sur #19-11		Urbana ☒ Rural ☐		Ciudad Bolívar		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 completos

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad 21. Número de documento de identidad 22. Sexo 23. Fecha de nacimiento

Femenino ☐ Masculino ☐

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres completos

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

B1 Carlos Agreda David Ricardo

B2 Carlos Agreda Erick Ricardo

B3 Carlos Agreda Erick Ricardo

B4 Carlos Agreda Erick Ricardo

B5 Carlos Agreda Erick Ricardo

25. Tipo de documento de identidad 26. Número de documento de identidad 27. Sexo 28. Fecha de nacimiento

Femenino ☐ Masculino ☒

B1 TI 1032676829 04/06/2009

B2 TI 1032676829 29/01/2006

B3 TI 1032676829 29/01/2006

B4 TI 1032676829 29/01/2006

B5 TI 1032676829 29/01/2006

Datos complementarios

29. Parentesco 30. Etnia 31. Discapacidad

B1 B2 B3 B4 B5

32. Datos de residencia 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Municipio/Distrito Urbana Rural Zona Teléfono fijo y/o celular

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)

B1 B2 B3 B4 B5

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 a pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Calle 27 A Sur #19-11 7911420

Departamento

Municipio/Distrito

Correo electrónico

Teléfono

20 MAY 2020

RECIBO SIN ACEPTACIÓN

NOTA:

VERIFICAR SUPERVISOR



CERTIFICA

Que el (la) señor(a) AGREDA CHASOY INGRID MARIBEL con documento de identidad CC 1023900808 se encuentra activo en nuestra base de datos del REGIMEN CONTRIBUTIVO en la ciudad de BOGOTA desde 2 de Enero de 2015.

Se expide a los 8 de Mayo de 2020 a solicitud del interesado.

Información adicional en nuestra línea de atención al usuario
01 8000 122219

NO VALIDA PARA TRAMITES LABORALES

Cordialmente,

ANDREA ROMERO VALENZUELA
COORDINADORA DE SERVICIO AL CLIENTE
CAPITAL SALUD EPS-S