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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: S 4186 20 **C.D.P. No.:** 1266

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: INGRID MARIBEL AGREDA CHASOY **C.C.** 1.023.900.808 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-05-19 **Fecha Terminación incial:** 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	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 825.424	$ 825.424	$ 495.264	$ 330.160

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

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 period **Desde:** 2020-05-19 **Hasta:** 2020-05-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	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 el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos respectivos desde del supervisor del contrato	Cronograma mensual de actividades, actas de reunion, revision 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 Secretraria 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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinacion.	* 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 asignacion de base de manera diaria.	*Bases dispuestas para registro de llamadas telefonicas.

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

Ingrid Agreda

Firma del Contratista

C.C. 1.023.900.808 **de** BOGOTA

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	05/2020

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

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☒	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

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			
Primer apellido: Agreda	Segundo apellido: chasoy	Primer nombre: Ingrid	Segundo nombre: Maribel

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1032400808	Femenino ☒ Masculino ☐	21/09/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
colpatria	porvenir	980.657

18. Residencia					
Dirección: calle 77 A sur #19-14	Teléfono: 7911420	Teléfono celular: 3219231599	Correo electrónico: ingridmarbel@gmail.com		
Municipio/Distrito: Soacha	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna: ciudad bolivar	Departamento: 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 Chasoy	Agreda	Deivid Erick	Alejandro Nicolas
B2 Chasoy	Agreda		
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1 TI	1032676829			04/06/2009
B2 TI	1032678658		X	29/01/2006
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento / Teléfono fijo y/o celular	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

capitalsalud eps-s
21 MAY 2020
RECIBO SIN ACEPTACIÓN

Selección de la IPS primaria

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

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)
Ingrid Agreda	CC	1032400808	

39. Ubicación				
Dirección: Calle 77 A sur #19-14	Teléfono: 7911420	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

capital

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