142

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-1A-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS445420204	**C.D.P. No.:**	1596	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA
Nombre del Contratista:	GEIDY JOHANA CHAPARRO ARIAS			**C.C.**	1.053.346.163 de: CHIQUINQUIRA
Fecha Inicio:	2020-06-17	**Fecha Terminación incial:**	2020-08-31	**Valor Mensual:**	$ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 1.666.536

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	JUNIO	$ 1.666.536		
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
	$ 9.520.405	$ 9.520.405	$ 1.666.536	$ 7.853.869

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESAROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-06-17 **Hasta:** 2020-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	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 establecidos desde del supervisor del contrato	Acta de aprobacion de lineamientos
2	2. Apoyar la prestacion 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	Realizar la revisión de las bases de datos disponibles en el espacio, para priorizar aquellas familias con mayor vulnerabilidad que se han abordado previamente, así como iniciar proceso de caracterización, en el caso que se incluya un nuevo sistema familiar. Definir la prioridad por la que se realizará el abordaje, para la intervención de los perfiles del equipo interdisciplinario	Formato de caracterización de la familia. Soporte de canalizaciones y notificaciones de eventos de interés en salud publica segun se requiera. Formato de implementacion del plan familiar, con registro de los seguimientos desarrollados por el equipo.
3	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	Cronograma de las actividades correspondiente al mes de Junio de 2020.
4	4. Apovar 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 habitacion y acreditacion de servicios de salud	Realizar el diligenciamiento de las bases de datos correspondientes y propias del producto 8 Seguimiento familiar para la gestión integral del riesgo en zonas periurbanas	Base de datos Familias Periurbanas 2020. Base de Canalizaciones Espacio Vivienda.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realización de primer acercamiento al domicilio, donde inicialmente se informa a la familia del proceso a realizar.	Soportes de caracterización e implementación de las fimilias.

Observaciones:

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

Geidy Chaparro Arias
Firma del Contratista

C.C. 1.053.346.163 **de** CHIQUINQUIRA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	CAREN DANIELA RINCÓN PANQUEVA CC 1016059266
CARGO:	LIDER OPERATIVO - PERIURBANO
FIRMA	DANIELA RINCÓN
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	Laydi Martinez

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005245015	1|1|0|6|2|0|2|0

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

l.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo B.Subsidiado

I. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
CHAPARRO (Primer apellido)	ARIAS (Segundo apellido)	GEIDY (Primer nombre)	JOHANA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1053346163	Femenino ☒ Masculino ☐	1|6|0|5|1|9|9|6

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	877803

8.Residencia

CR 88 80 16 (Dirección)	Telefono fijo	3214682345 (Telefono celular)	GEIDYCHAPARRO123@HOTMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

'. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

9. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
0. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de nacimiento**

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

. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
1			
2			
3			
4			
5			

. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
1				
2				
3				
4				
5				

atos complementarios

Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
		Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P

Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

leccion de la IPS Primaria

4. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
VS COLINA - VS COLINA	VSCOLINA - VSCOLINA
-	-
-	-
-	-

ATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GEIDY JOHANA CHAPARRO ARIAS	CC	1053346163	01

bicación				
CR 88 80 16 (Dirección)	3214682345 (Teleéfono)	GEIDYCHAPARRO123@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

0. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ipo documento le Identidad ☐	**Número documento de Identidad**	**Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐	**Fecha de nacimiento**	**42.Fecha** 2|3|0|6|2|0|2|0

3.EPS anterior	**44.Motivo de traslado Código:** ☐	**45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones**

I. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 6.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 7.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 8.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 9.☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 0.☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 1.☐ 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 poir sus funciones la requieran
- 2.☐ 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 Decr eto 1377 de 013
- 3.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

I. FIRMAS

Geidy Johana Chaparro Arias	Geidy Johana Chaparro Arias
. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

ANEXOS

56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la rminación de la union marital.

60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

. Identificación de la tidad Territorial digo del municipio ☐	**Código del Departamento** ☐	**67. Datos del SISBEN Número ficha** ☐	**Puntaje** ☐	**Nivel** ☐	**68. Fecha de radicación**	**69. Fecha de validación**

Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

po documento de identidad ☐	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

ervaciones

ecuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Referencia Bancaria

Lunes, 02 de marzo de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GEIDY JOHANA CHAPARRO ARIAS identificado(a) con CC 1.053.346.163, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	03208591010	2020/03/02	ACTIVA

* **Importante** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Claudia Posada Álvarez
Gerente Bancolombia S.A.

le estamos prestando el