

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4536-2020	C.D.P. No.:	1596	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - GESI
Nombre del Contratista:	MARIA LAURA FLOREZ ASTUDILLO			C.C.	1.015.469.096 de: BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2020-06-20	Fecha Terminación inicial:	2020-08-31	Valor Mensual:	\$ 2.334.328
				Valor a cobrar:	\$ 850.027

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	\$ 850.027		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 5.758.206	\$ 5.758.206	\$ 850.027	\$ 4.908.179

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESENTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN SISTEMAS DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-06-20 Hasta: 2020-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO 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.	RECEPCIÓN DE FICHAS DE LOS ESPACIO DE TRABAJO, VIVIENDA, PUBLICO Y EDUCATIVO. REVISIÓN Y CRUCE DE BASES DE DATOS CON HERRAMIENTA DE CONTROL. REVISIÓN DE CORREO ELECTRONICO DIARIO.	ACTAS DE RECEPCIÓN SE ENCUENTRAN EN CADA ESPACIO DE VIDA.
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 AL ANEXO 3 CONTENIDO EN EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017 SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.	SE REALIZAN REUNIONES SEMANALES CON CADA UNO DE LOS ESPACIOS TRABAJO, EDUCATIVO, VIVIENDA Y PUBLICO. SE REALIZA PRECRITICA DE FORMATOS. REVISIÓN DEL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, SOLICITUDES EN PLATAFORMA MESA DE AYUDA PARA ARREGLOS DE COMPUTADORES HARDWARE Y SOFTWARE.	ACTAS DE REUNIONES SEMANALES SE ENCUENTRAN EN LAS CARPETAS DE CADA ESPACIO.
3	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 HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	REALIZAR INFORMES SOLICITADOS POR ESPACIOS DE VIDA Y ALISTAMIENTO DE SOPORTES (CORREOS, ACTAS, CRUCES DE BASES DE DATOS CON VARIABLES ESPECIFICAS).	LOS INFORMES SE ENCUENTRAN EN EL CORREO DE CADA ESPACIO Y DE COORDINACIÓN PIC.
4	REALIZAR VISITAS EN CAMPO DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS DE CADA ESPACIO DE VIDA O COMPONENTE TRANSVERSAL.	LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN NO REQUIEREN VISITAS DE CAMPO.	NO APLICA
5	PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR.	RETROALIMENTAR EL CRONOGRAMA DIARIAMENTE MES DE AGOSTO.	SE ENCUENTRA EN EL DRIVE.

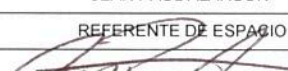
Observaciones:

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

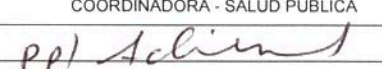

Firma del Contratista

C.C. 1.015.469.096 de BOGOTÁ

FIRMA DEL LIDER O PROFESION QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES

NOMBRE: JEAN PAUL ALARCON
CARGO: REFERENTE DE ESPACIO
FIRMA: 

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
CARGO: COORDINADORA - SALUD PUBLICA
FIRMA: 



No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliación
A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen
A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Colaborante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

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

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Acuña Segundo Apellido: Alvarado Tercer Apellido: Alvarado

7. Tipo de documento de identidad ☒ 8. Número del documento de identidad: 1015469096

9. Sexo ☒ Masculino ☐ Femenino

10. Fecha de nacimiento: 03/04/1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Blanco

12. Discapacidad: ☐ Tipo: ☐ Condición: ☐

13. Puntaje SISBEN: 99

14. Grupo de población especial: ☐

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: COOPASIONA

16. Administradora de pensiones: COOPASIONA

17. Municipio de residencia: Calla

18. Residencia: 99070418

19. Zona: ☐ Urbana ☐ Rural ☐

20. Departamento: Calla

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
Primer Apellido: Alvarado Segundo Apellido: Alvarado Tercer Apellido: Alvarado

20. Tipo de documento de identidad ☐ 21. Número del documento de identidad: 1015469096

22. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

23. Fecha de nacimiento: 03/04/1997

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

24. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Alvarado Segundo Apellido: Alvarado Tercer Apellido: Alvarado

25. Tipo de documento de identidad ☐ 26. Número del documento de identidad: 1015469096

27. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

28. Fecha de nacimiento: 03/04/1997

Datos complementarios

29. Parentesco: Padre

30. Etnia: Blanco

31. Discapacidad: ☐ Tipo: ☐ Condición: ☐

32. Datos de residencia: Calla

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS): 1015469096

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: COOPASIONA

Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1015469096

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: COOPASIONA

36. Tipo de documento de identificación: 1015469096

37. Número del documento de identidad: 1015469096

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): 1015469096

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 ☐ 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 ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del índice de protección al trabajador ☐ 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 del documento de identidad: 1015469096

42. Fecha de nacimiento: 03/04/1997

43. EPS anterior: COOPASIONA

44. Motivo de traslado: 1015469096

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: COOPASIONA

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliación 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una inscripción Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copie 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 genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieren.

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 1271 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, afiliado o afiliado adicional de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: 1015469096

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

57. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

58. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública que declare la terminación de la unión marital.

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

60. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

61. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres y la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

63. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

64. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65. Identificación de la Entidad Territorial
Unidad del municipio: Calla Código del departamento: 1015469096

66. Datos del SISBEN
Número de la ficha: 99 Puntaje: 99 Nivel: 99

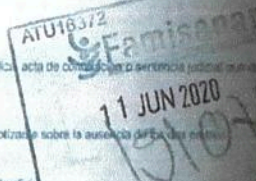
67. Fecha de radicación: 11 JUN 2020

68. Fecha de validación: 11 JUN 2020

69. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido: Alvarado Segundo Apellido: Alvarado Tercer Apellido: Alvarado

70. Tipo de documento de identidad ☐ Número del documento de identidad: 1015469096

71. OBSERVACIONES: Independiente





DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

03/06/2020

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **MARIA LAURA FLOREZ
ASTUDILLO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1015469096**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488402654310
Fecha de apertura	06/12/2018

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA