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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-1A-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4228-2020	**C.D.P. No.:**	1273	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA
Nombre del Contratista:	LIZ ANGELY CAMPOS CARDENAS			**C.C.**	52.748.918 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-05-20	**Fecha Terminación incial:**	2020-06-03	**Valor Mensual:**	$ 1.805.650 **Valor a cobrar:** $ 667.305

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	$ 667.305	$ 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
$ 1.203.728	$ 1.203.728	$ 667.305	$ 536.423

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 period **Desde:** 2020-05-20 **Hasta:** 2020-05-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estpuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Desarrollar las actividades que se generan directa e indirectamente del objeto coptractual en las uidades de prestacion de servicios asignados de acuerdo con la programacion de actividades.	Acompañamiento en la validacion de registro de activación de actividades económicas	Formato: lista de chequeo
2	Colaborar co la SUBRED para que el pbjeto del contrato se cumpla	Seguimiento a las condiciones de salud y trabajo de trabajadores informales identificados en unidades de trabajo	Matriz en medio magnético, base de datos
3	Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentando la informacion 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.	Actividades en zona de cuidado	Actas, formatos caracterización
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 habilidación y acreditacion de servicios de salud.	Sesión de promoción de la salud	Formatos caracterización de UTI
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Reunión Espacio-Fortalecimiento de capacidades	Listado asistencia
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	Matriz de seguimiento, matriz de condiciones crónicas y reporte semalan de actividades.	Matriz magnética, correo eectrónico.

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

ANGELY
Firma del Contratista

C.C. 52.748.918 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ARGENIS IBARRA SALAZAR
CARGO:	APOYO A LA GESTION ESPACIO TRABAJO
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
FIRMA	

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

06 2801032

No. de Radicación SAT

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

2. Corrección	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
C. Institucional	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente
D. Inclusión	D. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente
		C. Beneficiario	C. Pensionado

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

Primer Nombre

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

15. Administradora de riesgos laborales - ARL

16. Administradora de pensiones

IV. NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

21. Fecha de nacimiento

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

30. Etnia

31. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar por la EPS

Código de la IPS

VI. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad

43. EPS anterior | 44. Motivo de la novedad | 45. Caja de Compensación Familiar a la cual pertenece

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios
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 el pago oportuno de las cotizaciones
49. Declaración de no información del cotizante cabeza de familia a beneficiarios
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de historias clínicas de antecedentes para calificación de origen
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico

VIII. FIRMAS

54. El suscrito, cabeza de familia o cotizante

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN | RC | TI | CC | PAS | TE | CD | SC
Cantidad | Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio 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 declare el divorcio, sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres del cotizante
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 conste la calidad de beneficiario

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES

71. Firma del funcionario

Recuerde que en la línea del formulario, la afiliada manifiesta se encuentra en estado de gestación y de la misma manera...

1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL

Escaneado con Ca