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:	PS-4542-2020	C.D.P. No.:	1596	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS- PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista:	RUTH NELLY CASTRO SANCHEZ	C.C.	39.757.144	de:	BOGOTA

Fecha Inicio:	2020/19/06	Fecha Terminación incial:	31/08/2020	Valor Mensual:	$ 3.570.149
Valor a cobrar:	$ 1.435.822				

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	$ 1.435.822		
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
$ 8.806.375	$ 8.806.375	$ 1.435.822	$ 7.370.553

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TRABAJADORA SOCIAL DESARRALLANDO 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: 2020-06-19 Hasta: 2020-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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 contractual en las uidades de prestacion de servicios asignados de acuerdo con la programacion de actividades.	Contribuir con la busqueda para la Identificación del perfil del riesgo de los niños y niñas trabajadores en zonas de concentración comercial referenciadas a nivel intersectorial y, por otros espacios y proceso	Formato: lista de chequeo
2	Colaborar co la SUBRED para que el pbjeto del contrato se cumpla	Asesorías a familias y acudientes de niños y niñas para el reconocimiento y definición de roles a través de habilidades para la vida	Formato de Desviculacion de NNA de las peores formas de trabajo Infantil.
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.	Aun no se llevan a cabo estas actividades.	Ninguno
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.	Aun no se llevan a cabo estas actividades.	Ninguno
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Aun no se llevan a cabo estas actividades.	Ninguno
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	Formato de Desviculacion de NNA de las peores formas de trabajo Infantil.	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

Firma del Contratista

c.c. 39.757.144 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	

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005248725	1|2|0|6|2|0|2|0

DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de :

tipo de tramite: . Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

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

3.Regimen: A .Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

Tipo de afiliado: .. 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

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

Apellidos y nombres			
CASTRO Primer apellido	SANCHEZ Segundo apellido	RUTH Primer nombre	NELLY Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	39757144	Femenino ☒ Masculino ☐	2|5|0|3|1|9|7|1

. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

1.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
COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A	PORVENIR FPC	877803

8.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 5 NRO 87 06		3057920386	RUTHCAS325@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

. 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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	4. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	5. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

2. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

5. 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)
RUTH NELLY CASTRO SANCHEZ	CC	39757144	01

9.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 5 NRO 87 06	3057920386	RUTHCAS325@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

Salud Total EPS

Bogotá, Junio 19 de 2020

Señora:
CASTRO SANCHEZ RUTH NELLY
CC. 39757144
CL 5 NRO 87 06 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 19 de 2008. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GONZALEZ CASTRO SAMUEL NORBEY	1013146104	R	R	104	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	HIJO MENOR DE 18 AÑOS		Ninguna
VELANDIA JULIO CESAR	16691655	C	C	185	0	COMPAÑERO(A)	COMPAÑERO(A)	COMPAÑERO(A)	Exclusion por Separacion	Ninguna
CASTRO SANCHEZ RUTH NELLY	39757144	C	C	332	0	COTIZANTE	COTIZANTE	COTIZANTE		Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CORPORATIVOS DE COLOMBIA	39757144	Dependiente	CERRADO
RUTH NELLY CASTRO SANCHEZ	39757144	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
RUTH NELLY CASTRO SANCHEZ	39757144	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
RUTH NELLY CASTRO SANCHEZ	39757144	Trabajador Independiente	CERRADO
RUTH NELLY CASTRO SANCHEZ	39757144	Trabajador Independiente	VIGENTE
SA SERVICIOS Y ASESORIAS S A S	39757144	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	39757144	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	39757144	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	39757144	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	39757144	Dependiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	39757144	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ

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

1435822

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4542-2020	C.D.P. No.:	1596	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS- PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA
Nombre del Contratista:	RUTH NELLY CASTRO SANCHEZ			C.C.	39.757.144 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2020/19/06	Fecha Terminación inicial:	31/08/2020	Valor Mensual:	$ 3.570.149 Valor a cobrar: $ 1.428.059

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	$ 1.428.059		
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
$ 8.806.375	$ 8.806.375	$ 1.428.059	$ 7.378.316

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TRABAJADORA SOCIAL DESARRALLANDO 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: 2020-06-19 Hasta: 2020-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas 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 contractual en las uidades de prestacion de servicios asignados de acuerdo con la programacion de actividades.	Contribuir con la busqueda para la Identificación del perfil del riesgo de los niños y niñas trabajadores en zonas de concentración comercial referenciadas a nivel intersectorial y, por otros espacios y proceso	Formato: lista de chequeo
2	Colaborar co la SUBRED para que el pbjeto del contrato se cumpla	Asesorías a familias y acudientes de niños y niñas para el reconocimiento y definición de roles a través de habilidades para la vida	Formato de Desviculacion de NNA de las peores formas de trabajo Infantil.
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.	Aun no se llevan a cabo estas actividades.	Ninguno
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.	Aun no se llevan a cabo estas actividades.	Ninguno
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Aun no se llevan a cabo estas actividades.	Ninguno
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	Formato de Desviculacion de NNA de las peores formas de trabajo Infantil.	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

Firma del Contratista

C.C. 39.757.144 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