ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIAS

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2022-03-01	Hasta:	2022-03-31	
Nombre del Contratista:	MICHAEL STIVEN CANTE DIAZ		Número de Documento:	1127955217	
Correo Electrónico:	stivencantillerodiaz@gmail.com		Número Telefónico:	3148250881	
Nombre del Supervisor:	JESSICA YINETH ROJAS GONZALEZ	Cargo:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4404-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	426
Perfil:	APOYO LOGISTICO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	186	34	8178	$1799160	118.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1799160	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTOSESENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-02-25	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2022-04-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3680100	$ 3680100	$ 0	$ 3680100

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	1). Prestar servicios de (Apoyo Logístico a los Servicios Asistenciales), según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS). Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-TRASLADAR Y ACOMPAÑAR AL PACIENTE O EQUIPO MEDICO QUE LO REQUIERA DE ACUERDO A SU CONDICION MEDICA Y QUE SE ENCUENTRE EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, PRESTANDOLE UN SERVICIO INTEGRAL ADECUADOCUMPLIENDO CON LOS MANUALES DE BIOSEGURIDAD	-historia clinica
2	2). Diligenciamiento veraz, oportuno y completo de los formatos, documentos, bitácoras y otros equivalentes, implicitos en el proceso de la prestación sus actividades contractuales, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos.	-BRINDAR ASISTENCIA EN LOS PROCESOS PROPIOS DEL SERVICIO Y APOYAR AL EQUIPO MEDICO	-historia clinica
3	3). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el mantenimiento de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-APOYO EN LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA QUE LO REQUIERA	-historia clinica
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guias, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-RECIBO Y ENTREGA DE TURNO PRESENTANDOME EN EL AREA ASIGNADA VERIFICANDO LIMPIEZA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS	-historia clinica
5	5) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-TRASLADO DE MUESTRAS DE LABORATORIO, COMPONENTES SANGUINEOS PARA TRASFUSION O SU RESERVA; MUESTRAS PATOLOGICAS PARA EXAMENES ESPECIFICOS; TRASLADO DE CUERPOS A LA MORGUE; ELEVAR FORMULAS MEDICAS A FARMACIA PARA SU DISPENSACION Y TRASLADO DE PACIENTES POR EGRESO DE LA INSTITUCION	-historia clinica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
NO SE HA REGISTRADO UN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA CUENTA DE COBRO					
INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	055048842639067?

MICHAEL STIVEN CANTE DIAZ
1127955217

JESSICA YINETH ROJAS GONZALEZ
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S.A.

NIT 800.130.907-4

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o Afiliado Adicional [ ] B. Corporativa [ ] C. Institucional [ ] D. Grupo [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] Código (Diligenciado por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres: Conte Diaz Michael Steven

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1127955277

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 21/10/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo: Condición:

13. Pertenece a SISBEN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales (ARL):

16. Administradora de Pensiones:

17. Ingreso Base de Cotización (IBC):

18. Residencia: Municipio/Distrito: Zona: Urbana [ ] Rural [ ] Localidad/Comuna: Departamento:

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:

20. Tipo de documento de identidad:

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento:

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo I	Tipo II	Tipo III	Condición I	Condición II
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la EPS)
C		
D		
E		
F		
G		
H		

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 a pagador de pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación: Dirección: Teléfono: Correo electrónico: Municipio/Distrito: Departamento:

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

NIT 800.130.907-4

No. DE RADICACIÓN

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. Código ☐
- ☐ 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 trámite de protección al cesante.
- ☐ 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 ☐		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 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 la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de 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 genere 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 la requieran.
- ☐ 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 1377 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, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ 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 separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o 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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800 144.331-3

CERTIFICA QUE:

MICHAEL STIVEN CANTE DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.127.955.217**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

ARL | sura

Medellín, 24 de febrero de 2022

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que MICHAEL STIVEN CANTE DIAZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1127955217 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 17/02/2022 Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL
CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013; Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C1136887978220553879 9

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 24/02/2022 10:46 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **12/01/2022**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MICHAEL STIVEN CANTE DIAZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1127955217**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488426390677**
Fecha de apertura	**12/01/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA