Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-06-13	**Hasta:**	2022-06-30	
Nombre del Contratista:	ALDEMAR URREA GARAY		**Número de Documento:**	1007829639	
Correo Electrónico:	aldemarurreagaray29@gmail.com		**Número Telefónico:**	3059337421	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6373-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1620
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS NUEVO MUZU				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	113	0	8480	$958240	101.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 958240**	**NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-06-13	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-07-31

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1272000	**$ 1272000**	**$ 0**	**$ 1272000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos.	-ATENCION ACERTIVA	-NO QUEJAS - FACTURAS
2	Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos (Adres, dnp, comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.	-SE VALIDA POR NUMERO DE IDENTIFICACION Y SE REGISTRA LA INFORMACION DE MANERA CORRECTA EN EL SISTEMA DE INFORMACION	-SE REALIZA LA CREACION DE USUARIOS DE MANERA CORRECTA
3	Verificar oferta de medicamentos de acuerdo a la contratación de la institución.	-NO APLICA PARA FACTURACION	-NO APLICA PARA FACTURACION
4	Abrir ingreso en el Sistema de Información a pacientes que requieren entrega de medicamentos ambulatorios.	-NO APLICA PARA FACTURACION	-NO APLICA PARA FACTURACION
5	Crear la orden de servicios de acuerdo al plan de beneficios a facturar.	-NO APLICA PARA FACTURACION	-NO APLICA PARA FACTURACION
6	Realizar el cargue de medicamentos en el Sistema de Información de acuerdo al inventario activo en el sistema.	-NO APLICA PARA FACTURACION	-NO APLICA PARA FACTURACION
7	Digitar correctamente el área de servicio y profesional de acuerdo al servicio y especialidad que ordene el medicamento.	-NO APLICA PARA FACTURACION	-NO APLICA PARA FACTURACION
8	Digitar el consecutivo de carda formula médica, facturar los medicamentos cargados y entregados a cada usuario en cada una de las USS que conforman la subred integrada de servicios de salud sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución.	-GENERAR FACTURAS A DIARIO A LOS USUARIOS DE ACUERDO A LA OFERTA DE SERVICIOS Y CONTRATACION DE LA INSTITUCION, GESTION DE ANULACION Y REMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.	-GENERACION DE FACTURAS DE MANERA OPORTUNA
9	Recaudar los copagos para los usuarios Nivel II y III del régimen subsidiado, así como cuotas moderadoras o pagos particulares según sea el caso.	-RECAUDOR LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS REALIZANDO ENTREGA A DIARIO A TESORERIA Y/O DE ACUERDO A LOS RECORRIDOS,CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.	-RECIBOS DE CAJA - CIERRE DE CAJA ACERTIVO
10	garantizar los requisitos para la facturación de medicamentos de acuerdo a la resolución 3047.	-FACTURACION DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A LA RESOLUCION 3047	-SE FACTURA MEDICAMENTOS DE ACUERDO A LA RESOLUCION 3047
11	Entrega a diario de las facturas generadas de acuerdo a los lineamientos establecidos, así como la corrección de las devoluciones dentro de las 24 horas siguientes.	-ENTREGA DE FACTURAS A DIARIO A LOS TECNICOS, GESTION DE ANULACION Y REMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.	-ENVIO DE FACTURAS DE MANERA OPORTUNA

© Siasur - 2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	Depuración de ingresos abiertos, así como de facturas anuladas sin reemplazo, notificación realizada por el líder de facturación.	- REALIZAR LA DEPURACION DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTE PARA LA DEPURACION	- REPORTE DE FACTURAS
13	Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso terminación de contrato deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas, así como la entrega oficial del inventario, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y posterior certificación y pago de honorarios	-ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	-SOPORTES

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488407696233

Aldemar Urrea

ALDEMAR URREA GARAY
1007829639

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2022

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **19/06/2022**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ALDEMAR URREA GARAY** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1007829639**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488407696233**
Saldo a la fecha	**36,321.69 Pesos**
Fecha de apertura	**31/07/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Don Antonio

NIT 830.003.564-7

Fecha de Radicación: 11 | 06 | 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Afiliación	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Primera vez [ ] B. Traslado [X]	A. Cotizante [X] B. Beneficiario [ ] C. Independiente [ ] D. Otro [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]	A. Dependiente [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Pensionado [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

II. APLICACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Correa		Alderar	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento	11. Fecha de afiliación
CC	1007829639		01 09 1990	

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

12. Estado civil	13. Número de hijos	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Ocupación del cotizante
Soltero (1)			Sura	Profesional

17. Dirección de residencia	18. Municipio	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular
Cra 6 Bis este # 16 b 10 Sur	Usme		3059323421

21. Dirección electrónica	22. Zona: Urbana [X] Rural [ ]	23. Departamento
Alderarcorrea29@hotmail.com	Urbana	Usme

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

24. Nombre o razón social	25. Tipo de documento de identificación	26. Número del documento de identificación	27. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

29. 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 [X] 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 traslado 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: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Famisanar		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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 acrediten 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 autoridades 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

1007829639

Autorización valida por 15 días mas a partir del día

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: Total [1] 11 JUN 2022

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. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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.

Firma 8 días hábiles

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		Todo pendiente

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALDEMAR URREA GARAY identificado(a) con CC 1007829639 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/01/2019

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 11 días del mes de Junio del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

DAS15487 Famisanar
Certificación válida por 15 días mas a partir del día
11 JUN 2022

KAROL VANESSA PARRA
CONSULTOR INTEGRAL 6HORAS
EPS FAMISANAR S.A.S

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALDEMAR URREA GARAY identificado(a) con CC 1007829639 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/01/2019
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 19 días del mes junio del 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

SEGUROS
BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
Identificada con NT No. 900958564

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909506, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1007829639	ALDEMAR GARAY URREA	ASISTENCIAL	3	2.436%	11/06/2022		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 19 de Junio del año 2022.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **URREA GARAY ALDEMAR** identificado(a) con **CC** número **1.007.829.639** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de noviembre de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de junio de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202206191457