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:**	2023-03-06	**Hasta:**	2023-03-31	
Nombre del Contratista:	JENNY GARCIA FIGUEREDO		**Número de Documento:**	53010899	
Correo Electrónico:	jgarcia998@misena.edu.co		**Número Telefónico:**	3123451410	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3970-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	886
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	PIC	$1949532	101.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1949532**	**UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y DOSPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-03-06	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-04-02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2299448	**$ 2299448**	**$ 0**	**$ 2299448**

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

1	Relevar al cuidador(a).	-Se realizan las actividades de relevo en los tiempos pautados en el cronograma de trabajo, atendiendo dos relevos por día con una duración de 4 horas por cada sesión.	-Guía operativa y estrategia de relevo domiciliario a cuidadores y registro fotográfico.
2	Conocer el Plan de Cuidado que se diseñe, con el fin de Implementarlo.	-Me he presentado de manera puntual y oportuna con la mayor disposición con el fin de desarrollar actividades optimas y de calidad	-Guía operativa y estratégica de relevo domiciliario a cuidadores y registro fotográfico.
3	Presentarse Oportunamente a cada sesión de relevo programada.	-se ha dado cumplimiento y ejecución a alas diferentes obligaciones del contrato de acuerdo a la matriz estratégica por la subred sur llevándolas a cabo con total transparencia y calidad con el fin de cumplir con el objetivo del convenio 002/2022 del área EAC RELEVOLS y de esta manera atendiendo a la población en los territorios priorizados para su total monitoreo y seguimiento	-Guía operativa y estrategia de relevo domiciliario a cuidadores y registro fotográfico.
4	Llevar una bitácora diaria de su labor en cada hogar, incluidas alertas, de manera que esta información pueda ser utilizada para la introducción de correctivos de la intervención.	-Se ha llevado un registro diario (Bitácora) de las actividades desarrolladas con el agente que requiere el cuidado con el fin de proporcionar información del mismo en los tiempos que sea requerido.	-Guía operativa y estratégica de relevo domiciliario a cuidadores y registro fotográfico.

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	009470460719

JENNY GARCIA FIGUEREDO
53010899

Laidy Milena Bautista Arteaga
Adm. Seguridad y SALUD OCUPACIONAL

Adm. Seguridad y SALUD OCUPACIONAL

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

Enviados - jgarcia998@misena · | Crear Informes de Actividades | Inicio | i love pdf - Buscar con Google

secop.gov.co/CO1Marketplace/

Bookmarks | facebook | Configuración de la... | Cursos – Blackboar... | Anuncios – SALUD... | Inicio | Recibidos - jgarcia9... | Ask.com | Search

Aumentar el contraste

Jenny Garcia E

squeda | Mis procesos | Menú | Ir a

scritorio

OPORTUNIDADES
ECIENTES

No se han encontrado

ULTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



NOTICIAS SECOP

PLANILLA DE PAGOS

A partir del **1 de enero** se activa el servicio de **consulta de planilla**

Actualizacion registro de usuarios y proveedores hasta el 31 de enero de 2023. Al ingresar al **SECOP II** verifica que tus datos sean correctos y esten



Mensajes

Sin mensajes

Mas detalle

Oportunidades

Sin oportunidades

Mas detalle

14°C
Humedad

Buscar

ESP
ES

Powered by CamS

ARL | sura

Medellín, 22 de marzo de 2023

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

CERTIFICA:

Que JENNY GARCIA FIGUEREDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 53010899 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 07/03/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍN CAS, CON INTERNAC ÓN. COMPRENDE LAS ACT V DADES QUE CONSISTEN PRINC PALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC. CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES NTERNOS QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA LA ATENCIÓN ODONTOLOGICA A PACIENTES NTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFES ONALES V NCULADOS A LA NST TUCION DE INTERNACION, EL SERV C O DE PERSONAL MÉD CO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN SERV C O DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA REHABIL TAC ON (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGÍA, NUTRICION, FONOAUDIOLOGIA, ETC CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS, SERVICIOS DE URGENCIAS SERV C OS DE QU ROFANOS, SERV C OS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS, SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIF CAC ÓN FAM LIAR QUE PROPORCIONAN TRATAM ENTO MÉDICO TALES COMO ESTER LIZACIÓN E INTERRUPC ÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON NTERNAC ÓN
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - TRANSPORTE-SIRC-RUTA
CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** NDEPEND ENTE CON CONTRATO DE PRESTAC ON DE SERVIC OS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4492102 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE EL TRANSPORTE TERRESTRE DE SERV C OS ESPECIALES DE PASAJEROS POR CARRETERA COMO TUR SMO, SERVICIOS DE VIAJES CONTRATADOS, EXCURS ONES, TRANSPORTE DE TRABAJADORES (ACT V DADES DE ASALARIADOS), TRANSPORTE ESCOLAR

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍN CAS, CON INTERNAC ÓN. COMPRENDE LAS ACT V DADES QUE CONSISTEN PRINC PALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC. CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES NTERNOS QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES NTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFES ONALES V NCULADOS A LA NST TUCION DE INTERNACION EL SERV C O DE PERSONAL MED CO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN SERV C O DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA, REHABIL TAC ÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, FONOAUDIOLOGIA, ETC CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS SERVICIOS DE URGENCIAS SERV C OS DE QU ROFANOS, SERV C OS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIF CAC ÓN FAM LIAR QUE PROPORCIONAN TRATAM ENTO MÉDICO TALES COMO ESTER LIZACION E INTERRUPC ÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON NTERNAC ÓN
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4,35 %), 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:
C530108992308167094

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 22/03/2023 6:38 PM

Dirección IP: 181.54.2.50, 192.230.104.9, 172.16.42.67

Colfondos
HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JENNY GARCIA FIGUEREDO identificado(a) con C.C No. 53.010.899, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800 227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 22 de marzo del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | 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 [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

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 (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
García	Figueredo	Jenny	
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	53010899	Femenino [X] Masculino [ ]	01 01 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	Colfondos	

18. Residencia

Calle 34 sur # 68B-21	2709769	3123451410	ugarcia9898@misena.edu.co
Bogotá DC.	Urbana [X]	Kennedy / Florala	Bogotá D.C
Municipio/Distrito	Zona Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Numero del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Numero del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			Femenino	Masculino	
B1 Cantor	García	Robert	Andres	TI	1013134714		X	09 03 2011
B2 Cantor	García	Nicolas	Santiago	TI	1013148295		X	11 04 2015
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
1 HI						
2 HI						
3						
4						

Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
Bogotá DC	X		Bogotá	3123451410	
Bogotá DC.	X		Bogotá	3123451410	

Selección de la IPS Primaria

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Nissey Solis terreros	
1 Nissey Solis terreros	
2 Nissey Solis terreros	

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

Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

FSS-FOR-V1.0-2016

SaludTotal EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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 publicas 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

JENNY GARCIA F

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 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	65. 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.

FSS-FOR-17-0-009