| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2023-05-06 | **Hasta:** | 2023-05-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | CARLOS AUGUSTO CRISTANCHO DIAZ | | **Número de Documento:** | 80020525 | |
| **Correo Electrónico:** | hematolagnic@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3134037002 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5887-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1393 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS) | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| K33PI0022 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | $4783672 | 80.9% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4783672** | **CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2023-05-06 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7098352** | **$ 7098352** | **$ 0** | **$ 7098352** |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación. | Apoyé y atendí en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 2 | 2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. | Realicé diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento do validación establecido para los equipos de atención en casa. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 3 | 3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | Realicé la entrega al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 4 | 4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. | Hice recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clinica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 5 | 5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas | Organicé los soportes documentales de las acciones a mi cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, ordenes médicas. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 6 | 6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital). | Realicé el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 7 | 7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. | Realicé las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 8 | 8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. | Realicé las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 9 | 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | Realicé las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 10 | 10. Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente. | Referí mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreforencia-SIRC los requerimientos de atención que se identificaron en población afiliado a EAPB diferentes a Capital Salud. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 11 | 11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. | Registré oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | 12. Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y- Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente. | Identifiqué eventos interés en salud pública visibles en consulta. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 13 | 13. Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar. | Registré la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 14 | 14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida. | Verifiqué que los integrantes de la familia, independientemente de se aseguramiento, accedieran a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |
| 15 | 15.Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados. | Dí cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaria de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitorco, a las poblaciones en los territorios priorizados. | Historias Clínicas, Consentimientos Informados firmados, Bases de Datos, Drive. |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 6633936 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1054310244 | | |
| 2023 | ABRIL | 2023 | 04 | 25 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 2653574 | $ 424572 | $ 424700 |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 331697 | $ 331800 |
| ARL | 3 | SEGUROS BOLIVAR | | $ 64641 | $ 64700 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 770121** | $ 821200 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 007500771618 |
|---|---|---|---|---|---|

**CARLOS AUGUSTO CRISTANCHO DIAZ**
**80020525**

**LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL**

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 80020525 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Cristancho Diaz,Carlos Augusto |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Dependiente, Independiente Voluntario Al |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 28/08/2012 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Cristancho Diaz,Carlos Augusto, a los 01 días del mes de mayo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

Compañía de Seguros Bolivar S.A.

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 1505666909507, 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 | 80020525 | CARLOS AUGUSTO CRISTANCHO DIAZ | ASISTENCIAL | 3 | 2.436% | 19/01/2023 | 01/02/2024 | IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES | ACTIVO |

Se expide a solicitud del interesado el 1 de Mayo del año 2023.

Firma Representante Legal

# Protección

**Fondo de Cesantías Protección**

**NIT 800.170.494**

**Hace constar que:**

El(La) Señor(a) **CARLOS AUGUSTO CRISTANCHO DIAZ** identificado(a) con **CC** número **80.020.525** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 27 de julio de 2007.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de mayo de 2023.

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

20230501 3591

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTAD.C.,**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**SUBREDINTEGRADADESERVICIOSDESALUDSUR**

**01/05/2023**

Por medio de la presente hacemos constar que **elseñorCARLOSAUGUSTO CRISTANCHODIAZ** con **CéduladeCiudadanía** número **80020525**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTADEAHORROSDAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **007500771618** |
| Fecha de apertura | **01/02/2006** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2023-04-25, 10:05:53 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | abril de 2023 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | abril de 2023 |
| **Empresa** | CARLOS AUGUSTO CRISTANCHO DIAZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 80020525 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1054310244 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 2044211653 |
| **Banco** | (1507) - NEQUI |
| **Valor** | $ 821.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 1 | $ 424.700 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. | 1 | $ 331.800 | $ 0 |
| N860002503 | 14-7 | CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 64.700 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 821.200 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 821.200 |



SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

# Pagos PSE de Nequi

## Pago Realizado

Descripción

Pago de Seguridad Social

Tienda
SIMPLE OI

Referencia de pago
2044211653

Precio
$821,200

Referencia Nequi
M6024150

Número de referencia 1
10.0.19.58

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
80020525

¿De donde salió tu plata?

Disponible

Entendido

Imprimir

DETALLE DEL DOCUMENTO

Cancelar

VER CONTRATO

## Identificación del documento

**ID del documento** D2908FB74AD6B86D252905ED2A616E2B0995E1930C09230CCCD4083C46BD935D

**Ubicación** Archivo

## Información del documento

**Descripción** CUENTA ABRIL CTO 1084-2023.pdf

**Nombre** CUENTA ABRIL CTO 1084-2023.pdf

**Tamaño** 591960

**Estado** No encriptado

**Creado por** Carlos Augusto Cristancho Diaz

**Fecha de creación** 13 días de tiempo transcurrido

## Documento usado en

| Tipo | Descripción |
|---|---|
| Usuario | Carlos Augusto Cristancho Diaz |
| Entidad | Carlos Augusto Cristancho Diaz |

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción |
|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

## Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo |
|---|---|
| CERTIFICACION ARL 80020525.pdf | CERTIFICACION ARL 80020525.pdf |
| CUENTA FEBRERO CTO 1084-2023.pdf | CUENTA FEBRERO CTO 1084-2023.pdf |
| CUENTA MARZO CTO 1084-2023.pdf | CUENTA MARZO CTO 1084-2023.pdf |
| CUENTA ABRIL CTO 1084-2023.pdf | CUENTA ABRIL CTO 1084-2023.pdf |