CERTIFICAQue el (la) señor(a) RODRIGUEZ ARIZA KAREN JOHANNA con documento de identidad C 1007707760, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Bogotá, desde Octubre 20 de 2022.

Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vinculo laboral su cobertura en salud le será dada nuevamente por nosotros bajo el Régimen Contributivo.

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.

Se expide el día 9 de Enero del 2024 atendiendo la solicitud del interesado.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Powered by CamScanner

Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA

Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ( ) INDEPENDIENTE (X)

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYUSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ | N.º de documento 1007707960

Fecha de Expedición 23072018 | Municipio Expedición Cundinamarca | Departamento Expedición Cundinamarca | Sexo M ( ) F (X)

Primer nombre Karen | Segundo nombre Johanna

Primer apellido Rodriguez | Segundo apellido Ariza

Fecha nacimiento 16072000 | Municipio nacimiento | Departamento nacimiento Cundinamarca | Nacionalidad Colombiana

Dirección de residencia Carrera 97F # 34A 40 sur | Barrio / vereda de residencia Tierra buena

Municipio de residencia | Departamento de residencia Cundinamarca

Teléfono de residencia | Celular 3004575011 | Salario integral SI ( ) No ( )

Ocupación u oficio | Ingreso mensual $ | Es empleador SI ( ) No ( )

Correo electrónico | Alto riesgo SI ( ) No ( )

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envienotificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a traves de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil). SI ( ) No ( )

Dirección de ubicación laboral | Barrio/ vereda de ubicación laboral

Municipio de ubicación laboral | Departamento de ubicación laboral | Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT ( ) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ | N.º de documento | DV | Código CIIU

Naturaleza Pública ( ) Privada ( ) | Razón social o nombre

Dirección | Municipio

Barrio / vereda | Departamento | Sucursal

Teléfono | Celular | Ocupación u oficio

Correo electrónico

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ | N.º de documento | Fecha de nacimiento Día Mes Año

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

2 Tipo de documento CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ | N.º de documento | Fecha de nacimiento Día Mes Año

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial ( ) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Familiar ( ) | Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público SI ( ) No ( ) | Subsidiado SI ( ) No ( )

Si marcó Traslado indique | Entidad Actual _____ | Entidad a donde desea trasladarse _____

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones | SI ( ) No ( ) | ¿Cuál?

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, busqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. SI ( ) No ( )

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. SI ( ) No ( )

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. SI ( ) No ( )

Tarifa con la que debe cotizar %

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA

Karen Johanna

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE

HUELLA AFILIADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

ADI-GAF-FML-001_V3

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGÚN RADICACIÓN No. 2017153646-012-000 DEL 23-06-2018

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena

"Ven por tu FUTURO"

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **04/01/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KAREN JOHANNA RODRIGUEZ ARIZA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1007707760**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488418729833**
Saldo a la fecha	**0.04 Pesos**
Fecha de apertura	**21/01/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Powered by CamScanner

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:**	2024-02-03	**Hasta:**	2024-02-29	
Nombre del Contratista:	KAREN JOHANNA RODRIGUEZ ARIZA		**Número de Documento:**	1007707760	
Correo Electrónico:	nikoyzareth@gmail.com		**Número Telefónico:**	3004575011	
Nombre del Supervisor:	MARTHA CECILIA ROJAS RUIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4028-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	174	48	10510	$2333220	127.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2333220**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 2333220	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5864580	**$ 5864580**	**$ 2333220**	**$ 3531360**

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

© Siasur - 2024

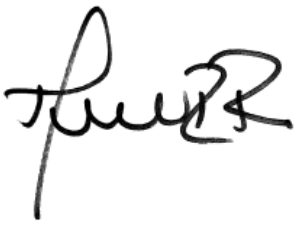
1	1). Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Recibo y entrega de turno, revisión de historia clínica electrónica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados.	-Historia clínica.
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Describir en la historia clinica todos los procedimientos realizados bajo protocolos institucionales, bajo supervision de profesional de enfermeria.	-Se diligencias todos los campos de DINAMICA para llevar a cabo un registro detallado de cada usuario. Se realiza desde la atención a los protocolos y lineamientos institucionales
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-Se revisa y se registra detalladamente el manejo de enfermería brindado al paciente: actividades de enfermería: como toma de signos, toma de paraclínicos (TAC, RX, EKG, LABORATORIOS, entre otros), traslados y demás procedimientos realizados durante la atención a los usuarios. Se consulta la historia clínica y los folios generados a fin de trabajar a los demás a la par con los médicos y especialidades con el objetivo de llevar a cabo un registro claro de los procedimientos de cada paciente y evolución en su estado de salud.	-En conjunto con los jefes de turno y medico se hace seguimiento a plataforma SIASUR para verificar examinar los procedimientos anexos. Se hace uso adecuado de DINAMIC y las herramientas que ofrece para registrar: cuidados de enfermería, como cambios de posición, escalas de piel y riesgos de caída, recibos y entregas de turno, a fin de garantizar la integralidad y secuencialidad en la atención
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.	-Se explica a pacientes y familiares la importancia de las barandas siempre elevadas, para evitar caídas. se realizan cambios de posiciones con pacientes postrados en cama o con dificultad a la movilidad.	-Se brinda atención oportuna y segura garantizando la mejoría de los usuarios. Se presta atención desde los diagnósticos y estado de salud de cada usuario, a fin de que los tratamientos y cuidado sean adecuados según la neces
5	5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y lo documentos destinados por la institución.	-Realizar los pedidos de insumos necesarios a cada uno de los pacientes asignados y realizar el descargo de los mismos.	-Historia clínica.
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Asistencia del autocuidado, alimentación, eliminación y todas las actividades de apoyo de acuerdo con la condición clínica del paciente	-Se realiza higiene personal y acompañamiento de paciente para traslado a baño. baño en tina, baño en cama, se realiza cambio de posición habitual a fin de impedir la aparición de úlceras provocadas por el peso del cuerpo. Asistencia a pacientes para alimentarse. vigilancia sobre los pacientes, observar cambios en su estado de salud y asegurarse de que se sientan cómodos. se explica al paciente y familiares eliminacion de desechos

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488418729833

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN JOHANNA RODRIGUEZ ARIZA	2024-02-26 18:20:06
RECHAZADO SUPERVISOR	MARTHA CECILIA ROJAS RUIZ	2024-02-28 10:06:12
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN JOHANNA RODRIGUEZ ARIZA	2024-02-28 16:23:40
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN JOHANNA RODRIGUEZ ARIZA	2024-02-28 16:31:24
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARTHA CECILIA ROJAS RUIZ	2024-02-28 17:28:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-03-01 11:30:20
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-03-12 11:27:23

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



MARTHA CECILIA ROJAS RUIZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO

© Siasur - 2024