| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-07-01 | **Hasta:** | 2024-07-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | HAROLD SNEID SANCHEZ CHIQUILLO | | **Número de Documento:** | 1022972860 | |
| **Correo Electrónico:** | harsant@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3219297096 | |
| **Nombre del Supervisor:** | EDNA ROCIO RINCON ROLDAN | **Cargo:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | **Código - Grado:** | 219-19 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 6058-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 1726 |
| **Perfil:** | TECNICO ADMINISTRATIVO I | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | ADMINISTRATIVA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| R35SA | OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC | ADMINISTRATIVA | $2187200 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2187200** | **DOS MILLONES CIENTOOCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2024-07-01 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-08-31 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 4374400** | **$ 4374400** | **$ 0** | **$ 4374400** |

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


***© Siasur - 2024***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Consolidar y proyectar respuesta de solicitud de historia clinica, verificar los tiempos de respuesta definidos por el requerimiento. | --- Realizar la búsqueda de 94 requerimientos documentales de historia clínica solicitados al archivo central. - Realizar procesos técnicos a 72 expedientes de la Uss Meissen que van a ser objeto de inventario. - Se realiza consulta en el aplicativo dinámica y se descargan 101 historias clínicas de la Uss Meissen para dar respuesta a usuarios. -Se digitalizan y se cargan al aplicativo Dinámica de 26 historias clínicas de plan de contingencia de la Uss Meissen. | -- Correo de solicitudes. - Carpeta de descargas. - Expedientes en proceso de inventario . -Aplicativo Dinámica. |
| 2 | Verificar la informacion suministrada por las areas en los procesos de transferencias documentales. | -- Verificación y registro de 3.659 historias clínicas y 285 consentimientos nuevos de ingresan al Archivo Central de la Uss Meissen. | -Listados de entrega, libro radicador y base Excel. |
| 3 | Presentar informes sobre el estado de solicitudes de historia clinica. | -Dar respuesta a solicitudes de historias clínicas de Uss Meissen requeridas al Archivo Central. | -Aplicativo Agilsalud. - Correo de solicitudes. - Solicitudes por WhatsApp. |
| 4 | Apoyar los procesos de recoleccion de informacion que soporten los instrumentos archivisticos adoptados por la Subred Sur. | -Identificación, organización y reempaque de 14 unidades de conservación de historias clínicas de la Uss Meissen que pasan a su respectiva ubicación. - Identificación y movimiento de 138 unidades de conservación por búsqueda de historias clínicas solicitadas. - Digitalización en formato Fuid de 415 historias clínicas de la Uss Meissen. | - Unidades de conservación en estantería. - Formato Fuid. |
| 5 | Organizar y controlar el envio de las comunicaciones oficiales por empresas de correo certificado. | -No aplica para periodo a certificar se cumplió al 100% con el manejo de archivos. | -No aplica para periodo a certificar se cumplió al 100% con el manejo de archivos. |
| 6 | Generar informes de actividades contractuales ejecutadas durante el periodo. | -No aplica para periodo a certificar se cumplió al 100% con el manejo de archivos. | -No aplica para periodo a certificar se cumplió al 100% con el manejo de archivos. |
| 7 | Apoyar tecnicamente los soportes para la elaboracion de los informes contractuales. | -No aplica para periodo a certificar se cumplió al 100% con el manejo de archivos. | -No aplica para periodo a certificar se cumplió al 100% con el manejo de archivos |
| 8 | Atender al cliente interno y externo de la Subred Sur. | -Apoyo a los colaboradores de la entidad que ingresan al Archivo Central a realizar alguna consulta o inspección. | -Apoyo a los colaboradores de la entidad que ingresan al Archivo Central a realizar alguna consulta o inspección. |
| 9 | Capacitar al personal de la Subred en temas de Gestion documental | --No aplica para periodo a certificar se cumplió al 100% con el manejo de archivos. | -No aplica para periodo a certificar se cumplió al 100% con el manejo de archivos |


***© Siasur - 2024***

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 004870360221 |

| HISTÓRICO | | |
|---|---|---|
| **OBSERVACIÓN** | **USUARIO** | **FECHA** |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | HAROL SNEYDER SANCHEZ CHIQUILLO | 2024-07-24 14:31:59 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | EDNA ROCIO RINCON ROLDAN | 2024-07-26 08:44:41 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-07-26 21:30:42 |

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.



**EDNA ROCIO RINCON ROLDAN**
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **HAROL SNEYDER SANCHEZ CHIQUILLO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1022972860** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1022972860 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | HAROL SNEYDER SANCHEZ CHIQUILLO |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 29/06/2011 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 1153 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 47 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **11/07/2024**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

- Este carné te acredita como afiliado al Plan de Beneficios en Salud de EPS SURA.
- Para utilizar algún servicio, identifícate con el documento de identidad.
- Para menores de 7 años, puedes presentar el documento de identidad del cotizante que lo tiene afiliado a EPS.
- Si usted se está trasladando de otra EPS hacia EPS SURA, la afiliación sólo será efectiva cuando el traslado sea aceptado por la anterior EPS.
- El derecho a la utilización del servicio será verificado previamente en el lugar donde solicites atención. Para ello, deberás estar al día en el pago de los aportes.
- Para utilizar cualquier servicio o consulta prioritaria debes acudir a tu IPS.
- En caso de una urgencia debes dirigirte a un hospital o centro médico con servicio de urgencias.
- Consulta en www.epssura.com los centros de consultas de urgencias a donde puedes dirigirte.
- La incorrecta utilización de urgencias genera el pago total de la misma. Resolución 5621. Artículo 101994 Ministerio de la Protección Social.
- Para garantizar la adecuada prestación de nuestros servicios, infórmanos cualquier cambio en tu dirección o teléfono. Consulta tus derechos y deberes como afiliado en www.epssura.com

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de Atención Barranquilla 319 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8941, Medellín 448 6115. Línea Nacional 018000 519 519
www.epssura.com

EPS

sura

REPÚBLICA DE COLOMBIA SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

**Nombres** HAROL SNEYDER

**Apellidos** SANCHEZ CHIQUILLO

**Tipo y número de identificación** CC 1022972860

**IPS** CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO 20 DE JULIO

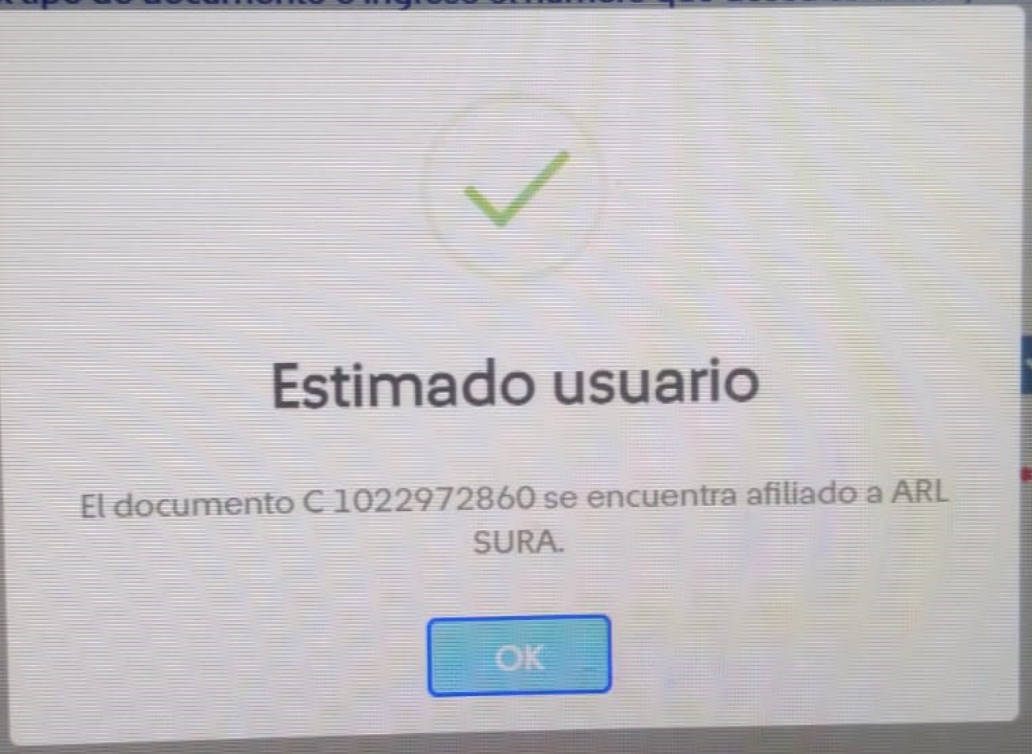
**Fecha afiliación** 02/07/2024

VIGILADO Supersalud

Línea de Atención al Usuario 601 481 70 00 - Bogotá D.C Línea Gratuita Nacional 01800 51 37 00

# Verificación de Afiliación a ARL SURA

Por favor seleccione el tipo de documento e ingrese el número que desea consultar, como empresa o trabajador:



ARL | sura

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

HAROLD SNEID
SANCHEZ CHIQUILLO

**C.C** 1022972860
**Cargo** TECNICO ADMINISTRATIVO I
**Nit** N900958564
**Empresa** SUBRED INTEGRADA DE

ARL sura

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

VIGILADO

**¿Qué hacer en caso de accidente de trabajo?**

1. Avisa a tu superior.
2. Llama a la LÍNEA DE ATENCIÓN ARL SURA.
3. Presenta tu documento de identidad.

**Cobertura en el exterior (571) 628 36 18**

**Llamada por cobro revertido sin costo.**

Este carné es personal e intransferible.
En el momento de retirarte de la compañía, por favor devuélvelo al área de personal de tu empresa.

Si quieres información sobre los productos y servicios de ARL SURA, comunícate con:

**LÍNEA DE ATENCIÓN ARL SURA**

365 días del año durante las 24 horas,
01 8000 511 414
**TELÉFONOS LOCALES DE LA LÍNEA DE ATENCIÓN ARL SURA:**
Bogotá: 405 59 11
Medellín: 444 45 78
Cali: 380 89 38
Barranquilla: 319 79 38
Pereira: 313 84 00
Manizales: 881 12 80
Bucaramanga: 691 79 38
Cartagena: 642 49 38

arlsura.com

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **SANCHEZ CHIQUILLO HAROL SNEYDER** identificado(a) con **CC** número **1.022.972.860** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de junio de 2011 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 24 de julio de 2024.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***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

2024072412521

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Resumen

| | |
|---|---|
| **ID del contrato en SECOP** | CO1.SLCNTR.13060580 |
| **Número del contrato** | 6058-2024 |
| **Versión del contrato** | 1 |
| **Objeto del contrato** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO |
| **Tipo de contrato** | Prestación de servicios |
| **Fecha de inicio del contrato** | 23 días de tiempo transcurrido *(1/07/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Fecha de terminación del contrato** | 31/08/2024 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Duración del contrato** | 62 Días |
| **Tiempo adiciones en días** | 0 días |
| **Proveedor(es) seleccionado(s)** | (●) Sí ( ) No |
| **Estado del contrato** | En ejecución |
| **Liquidación** | ( ) Sí (●) No |
| **Obligaciones Ambientales** | ( ) Sí (●) No |
| **Obligaciones Pos Consumo** | ( ) Sí (●) No |
| **Reversión** | ( ) Sí (●) No |

## Entidad Estatal

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**

COLOMBIA, Bogotá

**0** Recomendación (es)

## Proveedor Seleccionado

**HAROL SANCHEZ**

COLOMBIA, Bogotá

**0** Recomendación (es)

## Cuenta bancaria del proveedor

| Proveedor | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|---|---|---|---|
| HAROL SNEYDER SANCHEZ CHIQUILLO | DAVIVIENDA | Ahorros | 0048-7036-0221 |

## Aprobación del contrato

**Aprobador – Proveedor**

***Aprobado por:*** *HAROL SNEYDER SANCHEZ CHIQUILLO* ***Fecha de aprobación:*** *28/06/2024 1:34:12 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Aprobador – Entidad Estatal**

***Aprobado por:*** *VIVIANA MARCELA CLAVIJO* ***Fecha de aprobación:*** *28/06/2024 4:53:19 PM ((UTC-05:00)*

*Bogotá, Lima, Quito)*

**Contrato firmado:** CO1_PCCNTR_6477829_Firmado

**Contrato en ejecución:** CO1_PCCNTR_6477829_En ejecución

## Información del objeto

| | |
|---|---|
| **Tipo de proceso** | Contratación régimen especial |
| **Unidad de contratación** | DIRECCION DE CONTRATACION |
| **Proceso de Contratación** | SANCHEZ CHIQUILLO HAROLD SNEID |
| **Título de la oferta** | N/A |
| **Cuantía del contrato** | 4.374.400,00 COP |

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.