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:**	2024-10-22	**Hasta:**	2024-10-31	
Nombre del Contratista:	MAYERLI SANDOVAL GONZALEZ		**Número de Documento:**	1030603201	
Correo Electrónico:	mayis1215@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3214290545	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7745-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2545
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
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	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	24	0	13372	$320928	43.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 320928**	**TRESCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-10-22	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	OCTUBRE	$ 320928	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3690561	**$ 3690561**	**$ 320928**	**$ 3369633**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	Se realiza lectura de lineamientos, también se asiste a capacitaciones solicitadas de manera virtual-presencial.	-Listado de asistencia y links
2	2. Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidas en el lineamiento operativo	-No se pudo ejecutar	-No se pudo ejecutar
3	3. Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-No se pudo ejecutar	-No se pudo ejecutar
4	4. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población	-No se pudo ejecutar	-No se pudo ejecutar
5	5. validar el registro de la informacion con criterios de calidad en el aplicativo en linea dispuesto por la SDS	-No se pudo ejecutar	-No se pudo ejecutar
6	6. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente.	-No se pudo ejecutar	-No se pudo ejecutar
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	-Se asiste a capacitaciones solicitadas de manera virtual- presencial	-Listados de asistencia y links
8	8. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-No se pudo ejecutar	-No se pudo ejecutar
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-No se pudo ejecutar	-No se pudo ejecutar

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488437905638

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAYERLI SANDOVAL GONZALEZ	2024-10-29 17:12:34
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-30 17:59:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-30 21:24:04
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	2024-11-14 12:32:26

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANDOVAL GONZALEZ MAYERLI** identificado(a) con **CC** número **1.030.603.201** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de febrero de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de octubre 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

2024102823241

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **27/09/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora DMAYERLI SANDOVAL GONZALEZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1030603201**

Posee en el banco Davivienda:

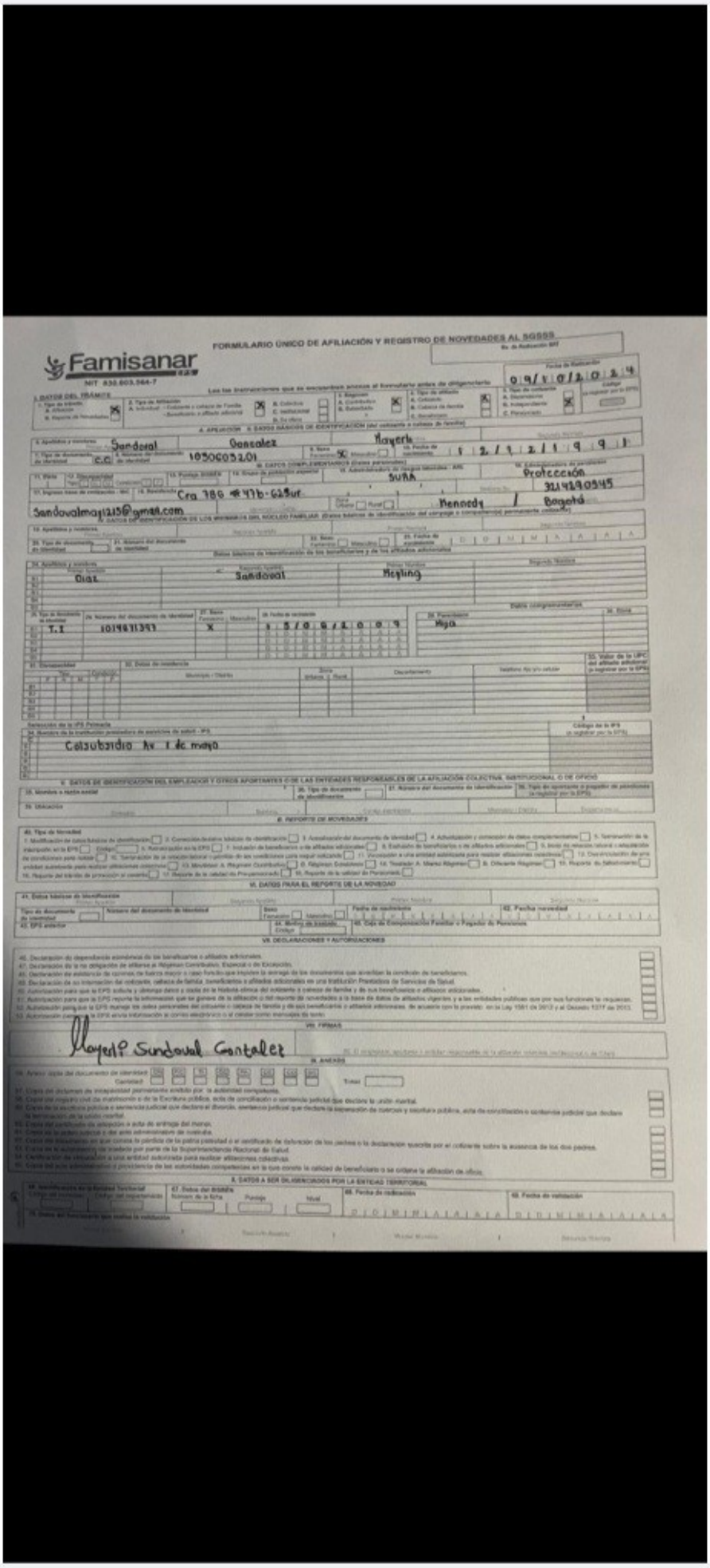
CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488437905638**
Saldo a la fecha	**77.50 Pesos**
Fecha de apertura	**10/03/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nro. de Radicación SIFI

Fecha de Radicación: 09/07/2024

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Unidad: A. Afiliado [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. Su Hijo [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ] C. Excepción [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Independiente [X] E. Pensionado [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

II. AFILIACIÓN

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

Número Único de Identificación Personal (NUIP)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Sandoval; Segundo Apellido: Gonzalez; Primer Nombre: Mayerli; Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: C.C
8. Número del documento de identidad: 1030603201
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 12/12/1999
11. Zona: Urbana [ ] Rural [ ]
12. Departamento de residencia: Cundinamarca
13. Municipio de residencia: Bogotá
14. Dirección de residencia: Cra 38G #47b-62Sur
15. Teléfono fijo y/o celular: 3114290545
16. Correo electrónico: Sandovalmay1215@gmail.com

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

17. Etnia: Ninguna [ ]
18. Discapacidad: Ninguna [ ]
19. Pueblo indígena:
20. Grupo de población especial:
21. Ingreso base de cotización - IBC:
22. Beneficiario:
23. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA
24. Administradora de pensiones: Protección
25. Nivel educativo: Universitario
26. Ocupación: Auxiliar Administrativo
27. Zona de residencia: Urbana [ ] Rural [ ]
28. Localidad: Kennedy
29. Barrio: Bosa
30. Municipio: Bogotá

C. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

31. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Díaz; Segundo Apellido: Sandoval; Primer Nombre: Keyling; Segundo Nombre:
32. Tipo de documento de identidad: T.I
33. Número del documento de identidad: 1019871393
34. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
35. Fecha de nacimiento: 15/06/2009
36. Parentesco: Hija
37. Zona: Urbana [ ] Rural [ ]
38. Discapacidad: Ninguna [ ]
39. Pueblo indígena:
40. Grupo de población especial:
41. Municipio / Distrito de residencia:
42. Zona: Urbana [ ] Rural [ ]
43. Departamento:
44. Teléfono fijo y/o celular:
45. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):

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

Datos complementarios

D. SELECCIÓN DE LA IPS PRIMARIA

46. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS: Colsubsidio Av 1 de mayo
Código de la IPS (a registrar por la EPS):

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

47. Nombre o razón social:
48. Tipo de documento de identificación:
49. Número del documento de identificación:
50. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
51. Ubicación: Dirección: Barrio: Código municipio: Municipio / Distrito: Departamento:

III. REPORTE DE NOVEDADES

52. 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 interrupción en la EPS [ ] Código: [ ] 6. Retracción 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 reactivación de condiciones para aportar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o cambio de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Movilización a otra entidad administradora para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad A Régimen Contributivo [ ] 14. Movilidad A Régimen Subsidiado [ ] 15. Traslado A Mismo Régimen [ ] 16. Ofrecerle Régimen [ ] 17. Reporte de Fallecimiento [ ] 18. Reporte de prevención y cesantía [ ] 19. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 20. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

53. 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:
54. Fecha novedad:
55. EPS anterior:
56. Motivo de traslado: Código:
57. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

58. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
59. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
60. Declaración de existencia de convivencia de hasta mayor a cinco función que requiere la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
61. Declaración de su intención de cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
62. 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.
63. 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 públicas que por sus funciones la requieran.
64. 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.
65. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Mayerli Sandoval Gonzalez

66. El cotizante, apoderado o acudiente responsable de la afiliación colectiva (empleador) o de oficio

IX. ANEXOS

68. Anexo: copia del documento de identidad: CC [ ] PPT [ ] RC [ ] CRC [ ] NU [ ] CAD [ ] CDE [ ] CEX [ ] Cantidad [ ] Total [ ]
69. Copia del documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
70. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
71. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sociedad patrimonial, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
72. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
73. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
74. Copia del 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.
75. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
76. Certificación de inscripción a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
77. 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

78. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio: Código del departamento:
79. Ficha del SISBÉN: Número de la ficha: Puntaje: Nivel:
80. Fecha de radicación: D D M M A A A A
81. Fecha de validación: D D M M A A A A
82. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: