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:**	2024-10-19	**Hasta:**	2024-10-31	
Nombre del Contratista:	FABIO HUMBERTO BAUTISTA CUSGÜÉN		**Número de Documento:**	80470500	
Correo Electrónico:	fbcusguen@gmail.com		**Número Telefónico:**	3007020288	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7319-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	TECNOLOGO PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K28PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	0	14207	$1307044	125%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1307044**	**UN MILLON TRESCIENTOS SIETE MIL CUARENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-10-19	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	OCTUBRE	$ 1307044	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3921132	**$ 3921132**	**$ 1307044**	**$ 2614088**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar la identificacion y caracterizacion del perfil de riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en unidades de trabajo informal	- No se realizó la actividad para este periodo	- N/A
2	2. identificar el riesgo de las condiciones de salud y su entorno y concertacion del plan en unidades de trabajo informal de alto, mediano impacto y bajo impacto	- No se realizó la actividad para este periodo	- N/A
3	3. realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud de las personas que desarrollan actividades en la unidades de trabajo informal (utis) de mediano impacto.	- Se realizan 3 primeras asesorías utis de mediano impacto, - Se realizan 13 terceras asesorías utis de mediano impacto.	- Formatos de utis
4	4. implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto.	- Se realizan 2 seguimientos a la implementación de la estrategia 2021	Formatos de utis.
5	5. realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal.	- Se realizaron 16 seguimientos	- Formatos de utis.
6	6. participar en Realizar acompañamientos tecnicas y fortalecimiento de capacidades del entorno	- Asistencia a reuniones de acuerdo a solicitud de referente.	- Listados de asistencia.
7	7.organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	- Se realiza cronograma de actividades.	- Cronograma magnético
8	8.Caracterización, identificación y recorridos en Establecimientos relacionados con consumo de alcohol	- Se realiza; 5 horas de asistencia técnica, 19 horas de recorrido mapeo, 4 horas de articulación con entorno comunitario, 2 horas de concertación, 7 horas de elaboración de informe ejecutivo, 19 horas reuniones construcción de instrumento.	- Actas, Listados de asistencia.
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- N/A	- N/A

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4762030516

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FABIO HUMBERTO BAUTISTA CUSGUEN	2024-10-28 07:09:35
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-28 16:20:55
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FABIO HUMBERTO BAUTISTA CUSGUEN	2024-10-28 21:34:20
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-28 21:43:15
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-29 08:05:10
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 12:32:16

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **FABIO HUMBERTO BAUTISTA CUSGUEN**, identificada con **CC** número **80470500**, aportó por **FABIO HUMBERTO BAUTISTA CUSGUEN** identificado(a) con **CC** número **80470500** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2024-9 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Septiembre - 2024	80321739	18/10/2024	No
230301	Porvenir	59															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Septiembre - 2024	80321739	18/10/2024	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,300,000	0.02436	$31,700	$0	$0	Septiembre - 2024	80321739	18/10/2024	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,300,000	0.02000	$26,000	$0	$0	Septiembre - 2024	80321739	18/10/2024	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **17** días del mes **October** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

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

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	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA JUNIO 2024 CTO 7670 (3).pdf	CUENTA JUNIO 2024 CTO 7670 (3).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA JULIO 2024 CTO 4991.pdf (Archivado)	CUENTA JULIO 2024 CTO 4991.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2024 CTO 7670.pdf	CUENTA JULIO 2024 CTO 7670.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2024 CTO 7670.pdf	CUENTA AGOSTO 2024 CTO 7670.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 CTO 7670.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 CTO 7670.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) FABIO HUMBERTO BAUTISTA CUSGUEN identificado(a) con Cedula Ciudadania 80470500, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210211	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Octubre de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: 999999999999 CER-AFI 26509157

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FABIO HUMBERTO BAUTISTA CUSGUEN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.470.500**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FABIO HUMBERTO BAUTISTA CUSGUEN** identificado con **CC** No. **80470500**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE - NI. 900958564	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/04/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 28/02/2026 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401020296778.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.

NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA

El (La) señor(a) **FABIO HUMBERTO BAUTISTA CUSGUEN*********, identificado(a) con cédula de ciudadanía **No. 80,470,500********** se encuentra vinculado(a) a través de la cuenta de Ahorro **No. 4.762.030.516,** con fecha de apertura **28 de Noviembre de 2019** la cual se encuentra activa.

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de **BOGOTÁ,** a los **Octubre 10 del 2024.**

Este documento es válido para los fines que se requiera.

Cordialmente,

Servicio al Cliente
Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com
BOGOSUY001
11750232

Canales de Atención

Banca Virtual | App Scotiabank Colpatria | Línea de Atención | Cajeros Automáticos | Oficinas

www.scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA