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:	ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO		**Número de Documento:**	52286840	
Correo Electrónico:	viviana.santafe@gmail.com		**Número Telefónico:**	3145725456	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7505-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	0	28414	$2614088	125%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2614088**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS**					

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	$ 2614088	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7842264	**$ 7842264**	**$ 2614088**	**$ 5228176**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	SE REALIZA PLANEACION DE LAS ACTIVIDADES DETERMINADAS DEL 16 al 31 DE OCTUBRE , CON LOS DIFERENTES PRODUCTOS A CARGO FAMILIAS, SPAcios de bienestar LIDERES, SONRISA SALUDABLES, BIENESTAR EMICIONAL Y SALUD MENTAL MAS BIENESTAR	ACTA Y LISTADO DE REUNION
2	2. realizar Realizar acompañamiento de reuniones presenciales o virtuales con los establecimientos educativos.	SE HA PARTICIPADO DEL 16 AL 31 DE OCTUBRE EN LAS MESAS DE ENTORNOS DE LA LOCALIDAD DE USME.	ACTA Y LISTADO DE REUNION
3	3. participar en reuniones presenciales desarrolladas con las direcciones locales o subdirecciones locales de integracion social	PARA ESTE PERIODO DEL 16 AL 31 DE OCTUBRE, SE HA PARTICIPADO EN LA MESA DE SALUD MENTAL, MESA DE SPA.	ACTA Y LISTADO DE REUNION
4	4. realizar revision del reporte semanal de actividades (drive).	SE APOYA LA CONSTRUCCCION DE INFORMES SOLICITADOS, Y SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE TABLERO DE CONTROL SEMANAL DE SDS DEL MES DE SEPTIEMBRE 2024 DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR LOS PRODUCTOS PARA ESTE MES	DRIVE INFORME SEMANAL
5	5. participar en las reuniones (virtuales o presenciales de ser necesarias) convocadas por la sds.	PARA ESTE PERIODO NO SE HA PARTICIPADO EN MESAS TECNICAS	NO APLICA
6	6. realizar articulacion con los entornos y procesos transversales	SE LLEVO A CABO EN ESTE PERIODO DEL 16 AL 31 DE OCTUBRE LAS DIFERENTES REUNIONES CON EL ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIO Y CON EL ENTORNO CUIDADOR LABORAL.	ACTA Y LISTADO DE REUNION
7	7. consolidar el tablero de control por producto acorde a los asignados, que aporte al reporte SEGPLAN.	PARA ESTE PERIODO DEL 16 AL 31 DE OCTUBRE SE RETROALIMENTO EL TABLERO DE CONTROL MENSUAL DE SDS EL CUAL ES INSUMO DEL INFORME 1186, SE EFECTUO EL DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ 1186 DEL MES DE SEPTIEMBRE 2024.	DRIVE MATRIZ SEGPLAN
8	8. consolidar y revisar soportes en el marco de proceso de pre auditoria, seguimiento y monitoreo a la implementacion de la estrategia en el entorno educativo	SE REALIZA VERIFICACIÓN Y PRE CRITICA DEL DATO A LOS SOPORTES ENTREGADOS Y DE LAS ACCIONES REALIZADAS DE SEPTIEMBRE POR LOS DIFERENTES PERFILES DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA DESARROLLADAS DURANTE ESTE PERIODO	ACTAS DE REUNION DE PRECRITICA Y BASES DE DATOS , TABLERO DE CONTROL ENTORNO
9	9. elaborar informe del entorno educativo de acuerdo a estructura definida por sds.	SE REALIZA ENTREGA DE INFORME DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS, SE REPORTA SEMANALMENTE LAS ACTIVIDADES A SDS, SE CUMPLE CON LOS COMPROMISOS ASUMIDOS EN LOS DIFERENTES ESPACIOS DE PARTICIPACION Y SE REALIZA ENTREGA DE ACTAS DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES(REUNION CON EQUIPOS, ACOMPAÑAMIENTO A PROFESIONALES, PROCESO DE PRECRITICA.	ACTA Y LISTADO DE REUNION

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	SE GARANTIZA CUSTODIA Y PROTECCIÓN DE LOS DOCUMENTOS FÍSICOS Y MAGNETICOS ENTREGADO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS DEL 16 AL 31 DE OCTUBRE PARA AUDITORIA MES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE , ASI MISMO SE CUSTODIA SOPORTES MES OCTUBRE PARA PROCESO DE AUDITORIA.	CARPETAS DE PRODUCTOS DE SONRISA SALUDABLE, BIENESTAR EMOCIONAL Y SALUD MENTAL MAS BIENESTAR
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	SEGÚN REQUERIMIENTOS DE PARTE DEL REFERENTE DEL PROCESO	SEGÚN REQUERIMIENTOS.

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24059937915

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO	2024-10-26 21:52:35
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-28 17:03:34
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO	2024-10-28 17:29:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO	2024-10-28 17:34:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO	2024-10-28 17:45:34
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-29 09:15:37
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-29 11:52:07
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 12:32:19

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

BOGOTA, Octubre 26 de 2024

Señora:
SANTAFE ALFONSO ALBA VIVIANA
CC. 52286840
CR 11 67 A 09 SUR TO 12 AP 503 - 7501960
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 21 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
SANTAFE ALFONSO ALBA VIVIANA	52286840	C	May-21-2013	52	98	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GARCIA SANTAFE JUAN ESTEBAN	1007671564	C	Jul-27-2022	52	98	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GARCIA SANTAFE LUNA MARIA	1011094984	C	May-21-2013	52	98	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	52286840	Dependiente	CERRADO
ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO	52286840	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO	52286840	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO	52286840	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANTAFE ALFONSO ALBA VIVIANA** identificado(a) con **CC** número **52.286.840** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de octubre de 2024.

Cordialmente,

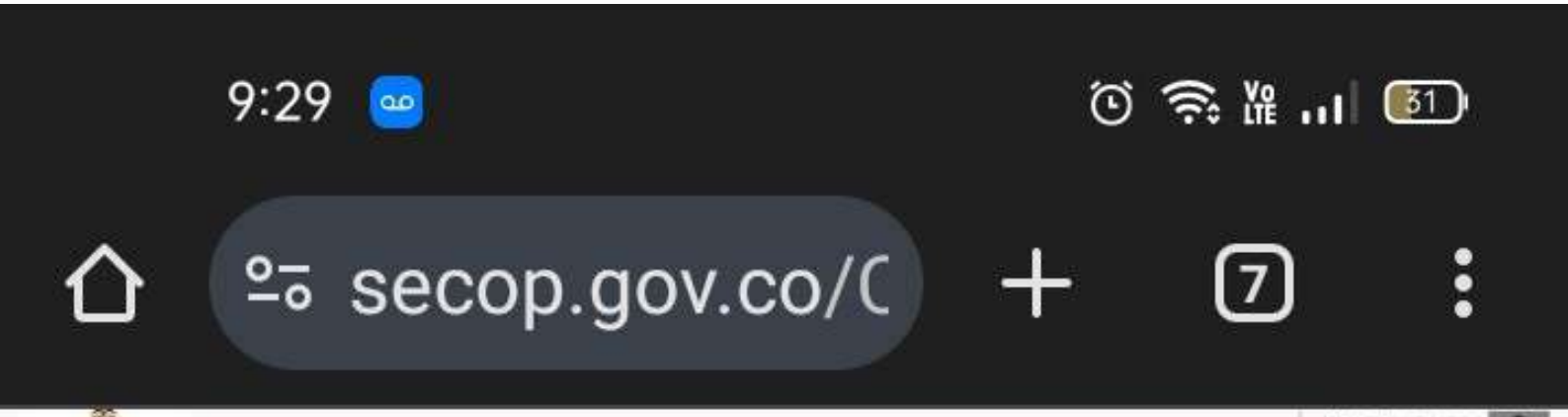


Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2024102618532



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

blank

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

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO DE JULIO CTO - 5375-2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO DE JULIO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE AGOSTO CTO - 5375-2024.pdf	CUENTA DE COBRO DE AGOSTO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE JULIO CTO - 5375-2024.pdf AJUSTE	AJUSTE CUENTA DE COBRO DE JULIO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	AJUSTE CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024.pdf (Archivado)	AJUSTE CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024 AJUSTE.pdf	CUENTA DE COBRO DE JUNIO CTO - 5375-2024 AJUSTE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE SEPTIEMBRE CTO - 5375-2024.pdf	CUENTA DE COBRO DE SEPTIEMBRE CTO - 5375-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

ALBA VIVIANA SANTAFE ALFONSO *identificado con* ***CC52285540***

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0042 SANTA LIBRADA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24059937915*
Fecha de Apertura	:	*10 de febrero de 2016*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0054 ALTAVISTA de la ciudad de BOGOTA, el día lunes, 28 de agosto de 2017.

Cordialmente,

Banco Caja Social
OF. ALTAVISTA
28 AGO 2017
TRAMITADO
FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Efectuado por:
L2B3A2A0 - LEYDI MILENA BARRETO ACOSTA

VIGILADO | Banco Caja Social | Establecimiento Bancario