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:	MARTHA LILIANA VASQUEZ ANZOLA		**Número de Documento:**	1073692811	
Correo Electrónico:	marly.vas91@gmail.com		**Número Telefónico:**	3124161403	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7295-2024	**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	-Se realiza caracterizacion de 19 niños y niñas en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato de caracterizacion NNA
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 el mes reportado	-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 23 seguimientos a UTI de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato UTI
4	4. implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto.	Se realizan 23 acompañamientos a UTI de mediano impacto en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formatos utis con educacion relacionada
5	5. realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal.	-Se realizan 2 seguimientos a UTI de mediano impacto estrategia 2020 en la localidad de Ciudad Bolivar	-Formato de caracterizacion de UTIS
6	6. participar en Realizar acompañamientos tecnicas y fortalecimiento de capacidades del entorno	-Asistencia a reuniones de acuerdo a solicitud del 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 magnetico
8	8.Caracterización, identificación y recorridos en Establecimientos relacionados con consumo de alcohol	-No se realizó la actividad para el mes reportado	-N/A
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Según necesidad del referente	-N/A

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	2300254253

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARTHA LILLIANA VASQUEZ ANZOLA	2024-10-27 19:29:15
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-28 16:09:26
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARTHA LILLIANA VASQUEZ ANZOLA	2024-10-29 14:59:55
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-10-29 20:44:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-10-30 07:35:35
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 12:32:15

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

© Siasur - 2024

Bogotá, Octubre / 10 de 2024

Señor (a): MARTHA LILIANA VASQUEZ ANZOLA
CC. 1073692811
CR 8 A 22 37
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Febrero / 1 de 2021, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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 y 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.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARTHA LILIANA VASQUEZ ANZOLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.692.811**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **06/12/2021**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARTHA LILIANA VASQUEZ ANZOLA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1073692811**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**055000230025425 3**
Fecha de apertura	**17/10/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Escaneado con CamScanner