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:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA		**Número de Documento:**	52933951	
Correo Electrónico:	ANAGUTIERREZ981@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3104805235	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7398-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-11-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-11-01	2024-12-31	1	$ 3998136	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 3998136	2815
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		NOVIEMBRE		$ 3998136	

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3998136	**$ 11994408**	**$ 3998136**	**$ 7996272**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Orientar con charlas educativas para el cuidado, mitigación y prevención del contagio de covid-19 en población general y diferencial.	En el desarrollo de las actividades, se realizaron charlas educativas enfocadas en fortalecer los protocolos de bioseguridad y autocuidado para prevenir el contagio del COVID-19, socializando además la ruta de aseguramiento y el portafolio de servicios. También se abordaron temas como tipos de autocuidado, las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y otros aspectos de interés en salud dirigidos a la población LGBTI.	Ficha técnica. Formato de sesiones colectivas Formato 1A
2	Realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo y sífilis con resultado positivo.	Se brindó asesoría psicosocial a casos de VIH reactivo y sífilis con resultado positivo, gestionando la atención en salud para usuarios de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito.	Formato 1A
3	Implementar espacios comunitarios para el abordaje del consumo sustancias psicoactivas, movilización de red de recursos institucionales y comunitarios.	Se llevaron a cabo grupos de apoyo comunitario para ofrecer orientación y acceso a información sobre el consumo de sustancias psicoactivas a las personas afectadas y sus familias, articulando además redes interinstitucionales con diversas entidades.	Formato 1A y actas.
4	Identificar el riesgo por medio de la herramienta assist, Audit. (ligado a una intervención breve, entrevista motivacional.	Desde el perfil de trabajo social, se brinda asesoría psicosocial enfocada en generar conciencia sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, promoviendo la reducción del consumo y fomentando prácticas de autocuidado para mejorar el bienestar integral.	Formato 1A
5	Canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	Se realizaron envíos de canalizaciones para la activación de rutas o solicitud de servicios sociales, de acuerdo con las necesidades y problemáticas específicas de la población LGBTI, con el fin de garantizar su acceso a los servicios de salud, apoyo psicosocial y otros recursos necesarios para su bienestar.	Formato de canalizaciones
6	Aplicar las herramientas de captación de información de acuerdo a los lineamientos establecidos en el marco del convenio PIC, y propios de la institución.	Se está aplicando las herramientas de captación de información de acuerdo con los lineamientos establecidos en el marco del Convenio PIC y los protocolos propios de la institución, asegurando la recolección de datos relevantes y específicos para orientar las intervenciones y servicios necesarios para los usuarios, cumpliendo con los estándares y normativas definidas en dicho convenio e institución.	Formatos requeridos.
7	Generar escucha activa en espacios comunitarios para la promoción de hábitos saludables, con cuidadoras y líderes, para generar procesos para la autogestión, la autonomía, el empoderamiento en prácticas de cuidado y auto cuidado.	Se realizan escuchas activas con la población LGBTI para promover hábitos saludables y generar procesos de autogestión, autonomía y empoderamiento, fomentando prácticas de cuidado y autocuidado que contribuyan a su bienestar integral.	Formato 1A

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Buscar acciones de rehabilitación integral e inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores.	Se desarrollan acciones orientadas a la rehabilitación e inclusión de personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, promoviendo su bienestar social, laboral, educativo y cultural. Estas iniciativas fortalecen el apoyo familiar y fomentan su participación activa en la comunidad mediante diversos abordajes integrales.	Formato sesiones colectivas
9	Realizar el seguimiento presencial y no presencial a cada persona con discapacidad psicosocial asociada a trastorno mental y/o a un familiar o cuidador de esta.	Mediante el abordaje, se llevaron a cabo acciones con personas con discapacidad psicosocial asociada a trastornos mentales, así como con sus familiares o cuidadores, orientándolos en el acceso a servicios y recursos que respondan a sus necesidades específicas.	Formato sesiones colectivas.
10	Fortalecer habilidades psicosociales adaptativas para un buen trato buscando la prevención de violencia intrafamiliar, violencia por razones de género y prevención de otros eventos como la conducta suicida y la violencia entre barras futboleras, a fin de promover la convivencia social y la salud mental.	Se realizaron acciones educativas orientadas a promover la prevención en salud y reducir la discriminación y estigmatización, trabajando desde un enfoque de derechos y diferencial. Estas actividades buscaron fomentar el respeto, la inclusión y el bienestar, reconociendo la diversidad y las necesidades individuales de cada persona.	Formato sesiones colectivas Formato 1A
11	Socializar la línea 106 línea de ayuda, intervención psicosocial y/o soporte en situación de crisis y sus canales de atención.	Se socializaron en los espacios de abordaje las rutas del SIRC, con el fin de asegurar que cada persona pudiera acceder de manera adecuada a los servicios que más necesitaba, promoviendo un acompañamiento oportuno y personalizado..	Formato sesiones colectivas
12	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	Se entregó el 100% de los soportes físicos correspondientes al mes de febrero, cumpliendo con los lineamientos establecidos para la gestión documental.	Acta de entrega
13	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	Se dio cumplimiento a las actividades según el portafolio de servicios de la ESE.	Formatos requeridos.
14	Realizar la concertación con los grupos y organizaciones de base comunitarios para el desarrollo de acciones comunitarias.	Durante el desarrollo de las actividades, se ofreció el portafolio de servicios de la estrategia con el objetivo de establecer y acordar acciones conjuntas que respondieran a las necesidades de la población.	Formato de sesiones colectivas Formato 1A
15	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se cumplió con la ejecución de otras actividades propias del perfil, las cuales contribuyeron al fortalecimiento y desarrollo de las actividades misionales, asegurando que se cumplieran los objetivos establecidos en el marco de la estrategia.	Formatos requeridos

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488422024809

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA	2024-11-25 13:17:30
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-26 13:02:07
RECHAZADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-27 11:36:38
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA	2024-11-27 14:23:31
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-29 21:09:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-29 22:14:01
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	2024-12-11 11:39:01

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **25/11/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANA GUTIERREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52933951**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488422024809**
Fecha de apertura	**28/06/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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, **ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA** identificado con **CC** No. **52933951**, 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:** 01/11/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/11/2024 **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): 202401021595220.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de noviembre 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

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:

ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.933.951**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Noviembre 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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Ana Zorley Gutierrez Vega, identificado(a) con CC número 52933951, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52933951
NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Zorley Gutierrez Vega
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	06/06/1983
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/02/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52933951 ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA Desde 01/07/2022 - Vigente

Generado por interfaces 25/11/2024

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52933951
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA ZORLEY GUTIERREZ VEGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 14 ESTE N 30 - 17	TELÉFONO:	8211923
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945664406**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		12			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1079818188

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 209.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 209.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 163.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 163.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 32.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 32.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 3.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 405.700**

Planilla Pagada