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:**	2024-11-13	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	YHON HAROLD BLANDON SALAMANCA		**Número de Documento:**	1022966029	
Correo Electrónico:	heiidy.kariina@gmail.com		**Número Telefónico:**	3217129821	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8023-2024	**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	$3998136	166.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-11-13		**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

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**

© Siasur - 2024

$ 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	Realizar acciones de gestión territorial con administradores, propietarios de establecimientos de venta y consumo de alcohol, juntas de acción comunal, asociación de trabajadores informales, actores institucionales, comunitarios y civiles, entre otros	Se realizan 20 jornadas 120 Acciones Artísticas CuidArte del 01 al 30 de NOVIEMBRE, en el marco de las recomendaciones de la OMS dentro del entorno cuidador comunitario según las necesidades encontradas en la comunidad, en diferente orden cronológico de edad, con actuaciones artísticas en diferentes espacios públicos de las tres localidades de la Subred Sur; Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar. Como PAI, área administrativa, PIC internas, equipo de calidad, S.D.S etc.	-Diario de Campo (por día operativo), Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual
2	Validar que las acciones de información en salud, que comprenda la sensibilización para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Durante el mes de noviembre se presentan formatos con calidad y veracidad acorde a las acciones artísticas dando cumplimiento en las diferentes reuniones de pre críticas y auditorías realizadas	-Diarios de campo, listados de sesiones colectivas encuestas de percepción, actas de ensayo y planeación
3	Realizar acciones de educación en salud pública, en zonas de rumba priorizas por el Distrito, previa concertación con administradores, propietarios de establecimientos de venta y consumo de alcohol y diferentes actores sociales	Se realizaron Acciones artísticas cuidarte, cuidándonos a través del arte de la salud para el mes de octubre presenta la prevalencia de las temáticas que se requieren abordar en cada uno de ellos y en los diferentes escenarios. del entorno cuidador comunitario en promoción y prevención socioambiental por medio de juegos lúdicos pedagógicos, adaptación de juegos para las temáticas de prevención y promoción del producto Cuidarte	-Diario de Campo (por día operativo), Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual.
4	Consolidación de la información resultado de la implementación de las jornadas rumbea con bienestar, en correspondencia con los lineamientos	Planear, identificar y ejecutar Acciones Artísticas y de actividad física para la Promoción del Cuidado de la Salud en los puntos o lugares donde se realizarán las acciones artísticas en los diferentes escenarios de las localidades de la subred sur ESE Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito, para el mes, en las temáticas de alimentación saludable, actividad física, salud mental, enfermedades transmisibles y no transmisibles, medio ambiente, lavado de manos, uso adecuado del tapabocas, indicador bogotano de calidad del aire (IBOCA), hipertensión, cesación de tabaco.	-Diario de Campo (por día operativo), Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual.
5	Promover los comportamientos de cuidado para la reducción del riesgo de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías, incluyendo lo relacionado con la movilidad activa y sostenible. A través del modelo de Educación en Salud Pública	Durante el mes de Noviembre se da cumplimiento y desarrollo a las actividades programadas por portafolio de la ese brindando la posibilidad de generar otros de accionar como equipo artístico	-Diario de Campo (por día operativo), Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual.Diario de Campo (por día operativo), Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual.
6	sensibilizar y movilizar a líderes comunitarios asociaciones de establecimientos de venta y consumo de alcohol (bares-locales), trabajadores informales y otros actores clave de las zonas priorizadas	Durante el mes de Noviembre se da adherencia al proceso por medio de la realización de diarios de campo, encuestas de percepción a la comunidad, listados de sesiones colectivas, de acuerdo a la trazabilidad en las localidades de la subred sur y temáticas en salud abordadas . por el equipo cuidarte, dejando un consolidado final mensual de los documentos en custodia	-Diario de Campo (por día operativo), Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual.
7	Canalizar 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 da cumplimiento a las acciones artísticas cuidarte con la entrega de productos del mes de NOVIEMBRE, con calidad y veracidad la cual se realiza semanalmente la sistematización, con el fin de dar un diligenciamiento puntual en el informe mensual	-Diario de Campo (por día operativo), Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Registro Fotográfico, Reporte Diario, Tablero de Monitoreo, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Cumplir con la disponibilidad asignada, de acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Se sigue un conjunto de actividades bien estructuradas y metodologías de aseguramiento de la calidad del Producto 43 'CUIDARTE' : Planificación y Documentación, Definición de Requisitos, Diseño y Desarrollo del producto, Control de Calidad en la Producción del Producto, Preparación para la Precrítica y Pre-actividad de Auditoría, Formación y Capacitación, Seguimiento y Mejora Continua.	-Diario de Campo (por día operativo), Registro Formato de Sesiones Colectivas, Soporte de las Encuestas Aplicadas en el Territorio.
9	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	Se da cumplimiento en la gestión documental, por medio de trabajo administrativo con la revisión de soportes entregados, lo cual permite la organización y entrega inmediata de actas, listados de asistencia, matriz de puntos cuidarte, portafolio, cronograma y revisión desde informe mensual, del 01 al 30 de NOVIEMBRE.	-Acta, Diario de Campo (por día operativo), Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual.
10	Presentar productos para precrítica y preauditoria.	Apoyo o requerimiento según las necesidades establecidas por el PIC. Participación de reuniones internas del equipo CuidArte, Dirección y Gestión del Riesgo, Entorno Cuidador Comunitario, Asistencias Técnicas (SDS) Secretaría Distrital de salud, para el fortalecimiento y planeación de las Acciones Artísticas cuidarte, para apoyos y articulaciones en diferentes espacios de la subred sur como Profesional en Cultura Física, Deporte y Recreación, del 01 al 30 de NOVIEMBRE.	-Diario de Campo (por día operativo), Acta, Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual.
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Durante el mes de Noviembre se realiza apoyo y articulación con otras estrategias del entorno cuidador comunitario, ajustando el portafolio y cronograma de acuerdo a los diferentes escenarios locales. Participación de reuniones internas del equipo de artísticas con el apoyo para el presente mes, asistencias técnicas (SDS) Secretaria Distrital de salud, para el fortalecimiento y planeación de las acciones artísticas para la promoción y prevención de la salud, apoyos y articulaciones en diferentes espacios de la subred sur, adicionalmente desde el perfil de profesional en Cultura Física Deporte y Recreación se brinda el apoyo dentro de todas las temáticas planadas dejando en claro que la actividad física es transversal a toda esfera que promueve la.slaud y previene la enfermedad	-Diario de Campo (por día operativo), Acta, Listado de Asistencia, Matriz de Puntos Cuidarte, Portafolio, Cronograma Grupal e Individual.

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	437356975

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YHON HAROLD BLANDON SALAMANCA	2024-11-27 11:05:14
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-27 17:42:15
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-30 16:07:40
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 11:39:05

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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

06 3251938

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P				

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia					
	Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular		
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento		

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo			Condición			Zona			
	F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación					
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción 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 adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A
				D D M M 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [X]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [X]
50. 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. [X]
51. 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. [X]
52. 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. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. 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. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. 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

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A

Famisanar EPS COD. 1679

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

dispapeles 63456

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

ARL

Medellin, 25 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **YHON HAROLD BLANDON SALAMANCA** con documento de identidad **C1022966029**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con NIT **N900958564**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-11-14	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ASISTENCIAL	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

YHON HAROLD BLANDON SALAMANCA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.966.029**, 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.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

obmzWESTXO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

YHON HAROLD BLANDON

1022966029

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática de la

INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para constancia se expide

25 de noviembre de 2024

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona BLANDON,YHON identificado(a) con CC 1022966029 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 437356975 desde el 14 de febrero de 2022, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 06 de noviembre de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota