

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-11-16	Hasta:	2024-11-30			
Nombre del Contratista:	ANA MARIA ABELLO GONZALEZ			Número de Documento:	1026565420		
Correo Electrónico:	anamariaabellog@gmail.com			Número Telefónico:	3205797729		
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	-	242-25	

DATOS DEL CONTRATO						
No. Contrato:	8071-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2545	
Perfil:	TECNICO 1-EBE					
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD					
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA					

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	104	0	13372	\$1390688	113%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1390688	UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato		2024-11-16		Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2024-11-30	
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición		CDP	
1	2024-11-01	2024-12-09	1	\$ 738134		2545	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		NOVIEMBRE		\$ 1390688			

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 1148175		\$ 1886309	\$ 1390688	\$ 495621
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-cumplir con la gestion documental de acuerdo a los lineamientos	-acta y entrega de productos en los formatos disponibles	
2	2. Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidas en el lineamiento operativo	--se realiza visitas domiciliarias identificando si hay algún riesgo de salud y brindando educación	-formatos disponibles	
3	3. Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-implementar acciones de promoción y mantenimiento y recuperación para el cuidado familiar realizando caracterizaciones y canalizaciones en caso de ser necesario,	-formatos dispuestos para esta actividad	
4	4. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población	-diligenciamiento completo y oportuno en el drive de la informacion recolectada	-formatos disponibles para esta actividad	
5	5. validar el registro de la informacion con criterios de calidad en el aplicativo en linea dispuesto por la SDS	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas desde el nivel central o líder del espacio.	-- Formatos base de datos	
6	6. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente.	-- Se identifican visitas domiciliarias verificando si hay un riesgo de salud y se brinda educación.	-Formato y actas dispuestas para la actividad.	
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	-Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas de manera oportuna y clara de acuerdo a los estándares de la subred.	-Caracterizaciones del mes correspondiente.	
8	8. Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Caracterizaciones del mes correspondiente.	-Formatos base de datos.	
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Se realiza solicitud de agendamiento de citas medicas a la EAPB a los usuarios identificados.	-Formato de canalizaciones y matriz de seguimiento.	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24133593996
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN			USUARIO		FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			ANA MARIA ABELLO GONZALEZ		2024-11-29 13:49:29
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			ANA MARIA ABELLO GONZALEZ		2024-11-29 14:30:15
ACEPTADO SUPERVISIÓN			YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2024-11-30 13:23:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-12-01 14:07:34
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 11:39:07

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

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

ANA MARIA ABELLO GONZALEZ

1026565420

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática de la
INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para constancia se expide

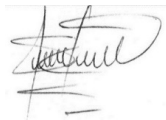
24 de noviembre de 2024

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA MARIA ABELLO GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1026565420**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de noviembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANA MARIA ABELLO GONZALEZ

Identificado con CC 1026565420

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina EL ENSUENO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24133593996
Fecha de apertura:	11 de Abril de 2024
Condiciones de uso:	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 0471 EL ENSUENO de la ciudad de BOGOTA, el día Jueves, 07 de Noviembre de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

Medellín, 23 de noviembre de 2024

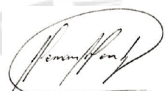
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANA MARIA ABELLO GONZALEZ identificado(a) con C1026565420 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10265654202432886164

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FORMULARIO No.

Número de Radicación

Fecha de Radicación

06112024



Página 1 de 2

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	
A. Afiliación ☒		A. Individual:		- Cotizante o Cabeza de Familia ☒	
B. Reporte de Novedad ☐		B. Colectiva ☐		- Beneficiario o afiliado adicional ☐	
C. Beneficiario ☐		C. Institucional ☐		D. De Oficio ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒		A. Dependiente ☐		B. Independiente ☒	
B. Cabeza de Familia ☐		B. Pensionado ☐			

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos		7. Tipo documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
ABELLO		CC		1026565420		Femenino ☒		11/21/1990	
6072423		Municipalidad		Zona		Urbana ☒		Departamento	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo F N M		Condición T P			
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingresos base de cotización - IBC			
SURA		COLPENSIONES					

18. Residencia		Teléfono		Teléfono celular		Correo electrónico	
calle 59 a bis 47-47 SUR		320579729		320579729		anamay.kabelt@gmail.com	
BOGOTÁ		Zona		Localidad/Comuna		Departamento	
Municipalidad		Urbana ☒		ciudad BOLIVAR		BOGOTÁ	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos		20. Tipo documento de identidad		21. Número de documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
						Femenino ☐		Masculino ☐	
24. Apellidos y nombres completos		25. Tipo de documento de identidad		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
						Femenino ☐		Masculino ☐	

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

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
				Tipo F N M		Condición T P		(a registrar por la EPS)	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS	
		(a registrar por la EPS)	
35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación	
SUBRED INTEGRADA DE SURE		NIT	
37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador a pensiones	
900959048-4		(a registrar por la EPS)	
39. Ubicación		40. Teléfono	
KR 24C 54-47		3300 000	
Dirección		Correo electrónico	
BOGOTÁ		BOGOTÁ	
Municipalidad/Distrito		Departamento	

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador a pensiones	
SUBRED INTEGRADA DE SURE		NIT		900959048-4		(a registrar por la EPS)	
39. Ubicación		40. Teléfono		41. Correo electrónico		42. Municipio/Distrito	
KR 24C 54-47		3300 000				BOGOTÁ	
Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito	
BOGOTÁ		BOGOTÁ				BOGOTÁ	
Municipalidad/Distrito		Departamento					

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador a pensiones	
SUBRED INTEGRADA DE SURE		NIT		900959048-4		(a registrar por la EPS)	
39. Ubicación		40. Teléfono		41. Correo electrónico		42. Municipio/Distrito	
KR 24C 54-47		3300 000				BOGOTÁ	
Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito	
BOGOTÁ		BOGOTÁ				BOGOTÁ	
Municipalidad/Distrito		Departamento					

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador a pensiones	
SUBRED INTEGRADA DE SURE		NIT		900959048-4		(a registrar por la EPS)	
39. Ubicación		40. Teléfono		41. Correo electrónico		42. Municipio/Distrito	
KR 24C 54-47		3300 000				BOGOTÁ	
Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito	
BOGOTÁ		BOGOTÁ				BOGOTÁ	
Municipalidad/Distrito		Departamento					



40. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ 13. Movilidad ☒ A. Régimen Contributivo
☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ 14. Traslado ☐ A. Mismo Régimen
Código	☐ B. Diferente Régimen
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.	

41. Datos básicos de identificación									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
				Femenino ☐ Masculino ☐					
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			
				Código					

☐	46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
☐	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.
☐	49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☐	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.
☐	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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
☐	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.
☐	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

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

56. Copia documento de identidad:		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total	
	Cantidad										
	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. 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.										

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad 	Número documento de identidad 	71. Firma del funcionario 	

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.



CERTIFICA

Que la usuaria ANA MARIA ABELLO GONZALEZ con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No.1026565420 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen subsidiado en la ciudad de Bogota, ficha sisben 3377488, desde 20 de marzo de 2021, sin ninguna discapacidad.

Se expide el día 6 de noviembre de 2024a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES