

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-20	Hasta:	2024-12-31
Nombre Contratista:	JHONNY ALEXANDER MENDEIETA TELLEZ		Número de Documento:	1013660721
Correo Electrónico:	jamt9503@hotmail.com		Número Telefónico:	3134784605
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8735-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2882
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	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
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	34	0	21729	\$738786	50.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 738786	SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-12-20			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-01-15
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-12-31	2025-02-28	1	\$ 7996272	51
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	DICIEMBRE			\$ 738786	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 1732523		\$ 9728795	\$ 738786	\$ 8990009
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	Adquirir una comprensión conceptual de las directrices y fichas técnicas establecidas para cada convenio por parte de la SDS.	Se realizó comprensión conceptual de las directrices y fichas técnicas establecidas por parte de la SDS	
2	2. Realizar visita domiciliaria familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	Realizar visitas domiciliarias para identificar y gestionar riesgos, así como para dar seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, de acuerdo con las actividades establecidas en los lineamientos operativos.	Se realizaron visitas domiciliarias para identificar y gestionar riesgos, así como para dar seguimiento al plan de cuidado familiar en salud	
3	3. Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes	Desarrollar intervenciones individuales y colectivas en una misma visita familiar, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una, conforme a las actividades definidas en los productos correspondientes.	Se desarrollaron intervenciones individuales y colectivas en una misma visita familiar, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una	
4	4. Realizar activación de ruta, derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	Activar rutas, realizar derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendar según el riesgo identificado de cada usuario y familia, y hacer el respectivo seguimiento.	Se realizó activación de rutas además de realizar derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública y agendar según el riesgo identificado de cada usuario y familia	
5	5. Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento	Identificar riesgos y alertas en salud relacionados con eventos de interés en salud pública, brindar educación según la necesidad del usuario y validar la adherencia al tratamiento.	Se identificaron los riesgos y alertas en salud relacionados con eventos de interés en salud pública.	
6	6. Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizando la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	Completar correctamente la historia clínica de acuerdo con los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizando la calidad en el registro de la información, así como el registro en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	Se relacionó la historia clínica de acuerdo con los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica	
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	Participar en reuniones, asistencias técnicas y comités del cuidado convocados por la subred y/o SDS.	Se asistió a las reuniones, asistencias técnicas y comités del cuidado convocados por la subred y/o SDS	
8	8. Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS.	Se presentaron informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	
9	9. Apoyar la formulación y ejecución de 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 y recomendaciones del coordinador.	Apoyar la formulación y ejecución de acciones preventivas y/o correctivas, y/o planes de mejoramiento según las evaluaciones y recomendaciones del equipo de seguimiento asignado por la SDS y del coordinador	Se apoyó a la formulación y ejecución de acciones preventivas y/o correctivas, y/o planes de mejoramiento asignados por la SDS y de la Coordinadora	
10	10. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	Mantener adherencia al proceso de gestión documental, organizando y custodiando los documentos generados	Se realizó la adherencia al proceso de gestión documental, organizando y custodiando los documentos generados	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur - Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

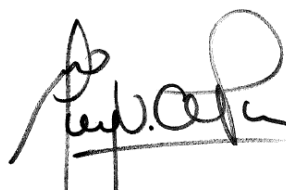
© Siasur - 2025

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales"	Realizar otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se realizaron otras actividades propias del perfil de enfermería que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4702007464
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN		USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ		2025-01-20 15:52:11	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ		2025-01-20 16:04:17	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ		2025-01-20 20:37:05	
RECHAZADO SUPERVISOR		LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-01-21 16:47:14	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ		2025-01-21 17:26:39	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ		2025-01-23 09:41:51	
ACEPTADO SUPERVISIÓN		LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-01-23 09:43:56	
ACEPTADO CONTRATACIÓN		MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-01-23 15:24:55	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA		ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-02-18 15:56:01	

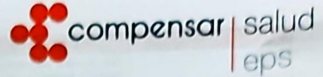
Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: Fecha de Radicación: 10/10/2024

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual B. Cotizante o cabeza de familia C. Institucional D. De oficio

3. Régimen: A. Contributivo B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS): 59

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

6. Apellidos y nombres: Hernández Jeller Alexander

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 1013660721

9. Sexo: Femenino Masculino 10. Fecha de nacimiento: 11/06/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Tipo Condición

12. Discapacidad: Tipo Condición

13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial:

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: 16. Administradora de pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: 7.300.000 18. Residencia: Carrera 46A # 170A1150

19. Zona: Urbana Rural Ciudad: Bogotá Departamento: Cundinamarca

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:

20. Tipo de documento de identidad: 21. Número de documento de identidad:

22. Sexo: Femenino Masculino 23. Fecha de nacimiento:

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

24. Apellidos y nombres:

25. Tipo de documento de identidad: 26. Número de documento de identidad:

27. Sexo: Femenino Masculino

31. Discapacidad Tipo Condición

32. Datos de residencia Municipio / Distrito: Zona: Urbana Rural Departamento: Teléfono fijo y/o celular:

33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)

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

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1065

35. Nombre o razón social: 36. Tipo de documento de identificación:

37. Número del documento de identificación: 38. Tipo de aportante o pagador 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 datos básicos de identificación

2. Corrección datos básicos de identificación

3. Actualización documento de identidad

4. Actualización y corrección de datos complementarios

5. Terminación de la inscripción en la EPS

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 por 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:

42. Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad:

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 ilegitimación 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 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 al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio:

Firma: *Jancy Pacheta Jeller*

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant RC Cant TI Cant CC Cant PA Cant CE Cant CD Cant Total:

61. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

62. Documento en el 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: Código del municipio: Código del departamento:

67. Datos del SISBEN: Número de la ficha: Puntaje: Nivel:

68. Fecha de radicación: 69. Fecha de validación:

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

71. Firma del funcionario:

OBSERVACIONES: Reporte mes Octubre 2024 / Pago Noviembre 2024. Datos x Planilla ec Urbana

VEGILADO SUPERVISORIAL

VEGILADO SUPERVISORIAL

**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:

JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.660.721**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre 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.


Buscar contrato

[Buscar](#) (Búsqueda avanzada)

 **Configuraciones del usuario**
Jhonny Alexander Mendieta Tellez
CAT: 1337254

 **Configuración Entidad Estatal / Proveedor**

20 Ene, 2025(UTC-5) 14:08:05

 **Salir**

Últimas modificaciones

<u>Id del contrato</u> ▾	<u>Número del Contrato</u> ▾	<u>Entidad Estatal</u> ▾	<u>Tipo de entidad</u>	<u>Fecha de firma</u> ▾	<u>Fecha de finalización</u> ▾	<u>Facturación de la entidad</u>	<u>Valor total de la oferta</u>	<u>Estado</u> ▾	
5761456	8735-2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Entidad Estatal	30 días de tiempo transcurrido (20/12/2024 11:19:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	28/02/2025 11:59:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ	9.728.795 COP	En ejecución	Detalle
3817762	6046-2023	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Entidad Estatal	6/05/2023 7:03:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/07/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ	74.596.253 COP	En ejecución	Detalle
3479108	3595-2023	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Entidad Estatal	6/02/2023 12:45:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	1/05/2023 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ	11.821.382 COP	En ejecución	Detalle

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4702007464 , con fecha de apertura 13 de Junio de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.013.660.721

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Diciembre de 2024 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.

www.scotiabankcolpatria.com

 Scotiabank  COLPATRIA

Medellín, 21 de enero de 2025

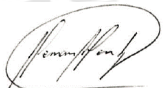
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que JHONNY ALEXANDER MENDIETA TELLEZ identificado(a) con C1013660721 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:C10136607212502162543

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos