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:**	2024-12-23	**Hasta:**	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	WENDY ALEJANDRA VEGA MUÑOZ		**Número de Documento:**	1001197747	
Correo Electrónico:	ALEJITHA_0555@HOTMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3138285956	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8754-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2882
Perfil:	TECNICO 1-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	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	24	0	13372	$320928	48.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 320928**	**TRESCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-12-23		**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	$ 4920896	51
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		DICIEMBRE		$ 320928	

© Siasur - 2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 984179	**$ 5905075**	**$ 320928**	**$ 5584147**

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	- Se realiza la respectiva apropiacion conceptual de los lineamientos emitidos por la SDS	- Acta de Reuniones y Mesa de Trabajo
2	2. Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.	- Se realizan las respectivas actividades segun los lineamientos emitidos por la entidad	- Planillas de Familias con Atencion desde Abordaje Territorial
3	3.Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo	- Se realiza el respectivo acercamiento a los territorios emitidos por el supervisor del contrato para ejecucion de actividades	- Planillas de Familias con Atencion desde Abordaje Territorial
4	4.Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado.	- Actividad no se ejecuta dentro del mes a certificar	- Sin Evidencias
5	5.Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos	- Se entrega los formatos al lider correspondiente	- Aplicativo GTAPS-SDS
6	6.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	- Se diligencia en el aplicativo asignado	- Aplicativo GTAPS - SDS
7	7.Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	- Se realizan los registros con criterios de calidad en el aplicativo asignado cumpliendo con los lineamientos	- Aplicativo GTAPS - SDS
8	8.Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	- Si, se realiza presencia de las reuniones emitidas por la entidad	- Actas de Reuniones
9	9. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	- Se mantiene la respectiva custodia de los documentos emitidos	- Actas, Planillas y Etc
10	10. Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	- Si, se realiza la preauditoria de acuerdo a lineamientos emitidos por el supervisor de contrato	- Preauditoria

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.	- Actividad no se ejecuta dentro del mes a certificar	- Sin Evidencias

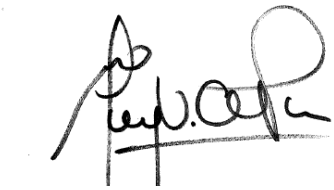
© Siasur - 2025

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	462370082051

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY ALEJANDRA VEGA MUNOZ	2025-01-22 20:01:55
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY ALEJANDRA VEGA MUNOZ	2025-01-22 21:17:53
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY ALEJANDRA VEGA MUNOZ	2025-01-23 19:09:24
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY ALEJANDRA VEGA MUNOZ	2025-01-23 19:17:30
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY ALEJANDRA VEGA MUNOZ	2025-01-23 19:18:00
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-01-23 19:23:08
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-24 17:42:45
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

compensar salud eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación		
	23/12/2024	Cindy Hernández (27 dic., 2024 16:24 EST)	418

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	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☒ • Beneficiario o afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒	A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia C. Beneficiario ☐	57 Indep. Vol. Sist. R. Laborales
B. Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VEGA	MUÑOZ	WENDY	ALEJANDRA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CCCédu	1001197747	Femenino ☒ Masculino ☐	03/01/2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				Sura	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Dirección de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
1300000	CALLE 48Q SUR 5C 59		3138285956

Correo electrónico	Municipio	Zona	Localidad / comuna	Departamento
alejitha_0555@hotmail.com	BOGOTA D.C.-11001	Urbana ☒ Rural ☐	RAFAEL URIBE	Bogotá

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

19. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RIAÑO	GOMEZ	VICTOR	LEONARDO

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CCCédula C	1031158888	Femenino ☐ Masculino ☒	30/04/1995

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

Para incluir beneficiarios diligencie la información de los campos desde el 24 hasta el 29

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
B1	RIAÑO	VEGA	ANA	MARIA	TITarjeta de Identidad	1033817467	Femenino
B2	RIAÑO	VEGA	SAMUEL	ESTEBAN	RCRegistro Civil	1033829780	Masculino
B3							
B4							
B5							

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	32. Datos de residencia: Municipio	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	10/07/2017	HI - Hijos me			BOGOTA D.C.-11001	☒	☐	Bogota	3138285956	$0
B2	29/04/2021	HI - Hijos me			BOGOTA D.C.-11001	☒	☐	Bogota	3138285956	$0
B3										$0
B4										$0
B5										$0

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)
Cot.	CALLE 31 SUR AV CARACAS RED SUR	
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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 pensiones (a registrar por la EPS)

39. Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / distrito	Departamento

Marque la casilla de la novedad que desea reportar

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 ☐ 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 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. 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		20/12/2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	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 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 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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
Alejandra Vega (27 dic., 2024 13:11 EST)	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. RC ☐ Cant. TI ☐ Cant. CC ☐ Cant. PA ☐ Cant. CE ☐ Cant. CD ☐ Cant. SC ☐ Cant. Total 0
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. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial (Código del municipio / Código del departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de la ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación (primer apellido)	(segundo apellido)	(primer nombre)	(segundo nombre)

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Independiente / Aporte DIC

Archivo Adjunto					

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.

Verifique los documentos requeridos.

VIGILADO Supersalud
PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 1111 PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 1111
VIGILADO SuperSubsidio

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:

WENDY ALEJANDRA VEGA MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.197.747**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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 WENDY ALEJANDRA VEGA MUÑOZ identificado(a) con C1001197747 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:C10011977472502173113

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **16/12/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora WENDY ALEJANDRA VEGA MUNOZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1001197747**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**462370082051**
Fecha de apertura	**30/10/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

4KfKMQJysJ

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

WENDY ALEJANDRA VEGA MUOZ

1001197747

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática de la

INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para constancia se expide

22 de enero de 2025

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

BOGOTÁ