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:**	2025-02-01	**Hasta:**	2025-02-28	
Nombre del Contratista:	YENDITH LICETH DIAZ SOACHE		**Número de Documento:**	1023942808	
Correo Electrónico:	DIAZYENDI735@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3222015647	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4650-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	51
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	134	0	13372	$1791848	72.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1791848**	**UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-02-28
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-02-25	2025-04-09	1	$ 3198582	402
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 1791848	

© Siasur - 2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2460448	$ 5659030	$ 1791848	$ 3867182

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 CON LOS LINEAMIENTOS	PRODUCTOS EN LOS FORMATOS DISPONIBLES
2	Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.	REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS IDENTIFICANDO SI HAY ALGUN TIPO DE RIESGO EN CUANTO A SALUD BRINDANDO EDUCACION	FORMATOS DISPONIBLES
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	IMPLEMENTAR ACCIONES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO Y RECUPERACION PARA EL CUIDADO FAMILIAR REALIZANDO CARACTERIZACIONES Y CANALIZACIONES EN CASO DE SER NECESARIO	FORMATOS DISPUESTOS PARA ESTA ACTIVIDAD
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.	DILIGENCIAMIENTO COMPLETO Y OPORTUNO EN EL DRIVE DE LA INFORMACION RECOLECTADA	FORMATOS DISPUESTOS PARA ESTA ACTIVIDAD
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	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS DESDE EL NIVEL CENTRAL O LIDER DEL ESPACIO	-FORMATOS DISPUESTOS PARA ESTA ACTIVIDAD
6	Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	CARACTERIZACIONES DEL MES CORRESPONDIENTE	-FORMATOS DISPONIBLES PARA ESTA ACTIVIDAD
7	Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	DILIGENCIAS BASE DE DATOS,DRIV,CARACTERIZACIONES EN EL LOGIN,DE MANERA OPORTUNA	REPORTE DIARIO Y FORMATOS DILIGENCIADOS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS DESDE EL NIVEL CENTRAL O LIDER DEL ESPACIO	FORMATOS ESTIPULADOS PARA ESTA ACTIVIDAD
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	DAR RESPUESTAS A LOS REQUERIMIENTOS,BASES SOLICITUDES,ASIGNADAS DE MANERA OPORTUNA Y CLARA DE ACUERDO CON LOS ESTANDARES	-CARACTERIZACIONES DEL MES CORRESPONDIENTE
10	Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	AISITIR Y CUMPLIR CON LOS HORARIOS ESTIPULADOS EN LA PRECRITICA, ENTREGA DE FORMATOS DE FIRMAS	ENTREGA DE FORMATO DE FIRMAS
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	DISPONIBILIDAD DE TIEMPO PARA LAS ACTIVIDADES EXTERNAS	FORMATO DE FIRMAS DILIGECIADO

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	085949035

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YENDITH LICETH DIAZ SOACHE	2025-02-25 18:54:55
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-02-25 20:37:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-02-27 16:39:02
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	2025-03-13 10:16:27

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **YENDITH LICETH DIAZ SOACHE** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1023942808** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1023942808
NOMBRES Y APELLIDOS	YENDITH LICETH DIAZ SOACHE
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	92
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	24

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **23/12/2024**

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

Scanned with CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YENDITH LICETH DIAZ SOACHE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.942.808**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Febrero del 2025.

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.

Medellín, 24 de febrero 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 YENDITH LICETH DIAZ SOACHE identificado(a) con C1023942808 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:C10239428082505571482

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 085949035

El Banco AV Villas certifica que: **Yendith Liceth Diaz Soache**
identificada con el documento No. 1023942808, tiene en la oficina RESTREPO (005) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 085949035 desde el 11 de abril de 2018.

Fecha de expedición: 15/08/2022

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

5D7UoZ7t9k

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

YENDITH YICETH DIAZ SOACHE

1023942808

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática de la

INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Para constancia se expide

24 de febrero de 2025

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

BOGOTÁ