

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-02-21	Hasta:	2025-02-28	
Nombre del Contratista:	CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR		Número de Documento:	1069052145	
Correo Electrónico:	viviendapicsubredsur@gmail.com		Número Telefónico:	3214314996	
Nombre del Supervisor:	IVAN CADENA GRANDAS	Cargo:	JEFE CALIDAD OFICINA	Código - Grado:	006-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4898-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	373
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE CALIDAD				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
T10SA	OFICINA DE CALIDAD	ADMINISTRATIVA	\$1748600	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1748600	UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-02-21	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 1748600	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 33398260	\$ 33398260	\$ 1748600	\$ 31649660

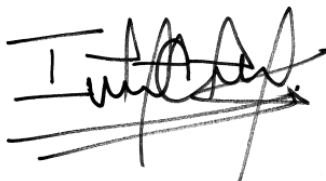
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
---	--	----------------------

1	Desarrollar actividades de enfoque implementación y resultado del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOGC	Inducción del proceso de la oficina de calidad - Subproceso PAMEC, conocimiento con los procedimientos, manuales, formatos componentes del programa de auditoria para el mejoramiento de calidad	-ALMERA
2	Realizar gestión y acompañamiento a las visitas de EAPB integrales del sistema obligatorio de garantía de la calidad SOGC, generar planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos de EAPB.	-Para el mes de febrero no aplica	Sin soporte
3	Realizar auditorías de adherencia a registro clínico, guías de práctica clínica, protocolos y/o procedimientos institucionales	-Revisión y apropiación referente a la evaluación del registro clínico,	-Pantallazo del documento en Almera.
4	Promover el programa Seguridad del Paciente y sus buenas prácticas	-Revisión y apropiación de la política y programa de seguridad del paciente.	-Pantallazo de documento en Almera
5	Gestionar de manera eficiente las bases de datos (búsquedas activas y aplicación de listas de chequeo), registros asociados a la gestión de los reportes y análisis del programa de seguridad del paciente.	-Revisión y apropiación de los paquetes institucionales y rutas de seguridad del paciente.	-Pantallazo del documento en Almera.
6	Realizar procesos de evaluación para la mejora institucional asociados a la gestión del PAMEC	-Revisión y apropiación del programa Pamec.	-Pantallazo del documento en Almera.
7	Realizar retroalimentación y acompañamiento al equipo profesional asistencial y a los referentes en cuanto a los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas.	-Revisión y apropiación del manual de auditorias internas.	-Pantallazo del documento en Almera.
8	Elaborar informe mensual de avance acorde a los productos solicitados en el ejercicio de las actividades pactadas cuando sea requerido y según programación establecida, asociados a la ejecución del producto cada vez que se requiera.	-No aplica.	-No aplica.
9	Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institución.	-Participa en la inducción general de la subred.	-Pantallazo de listado de asistencia.

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870426592
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN			USUARIO	FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR	2025-02-25 16:17:24	
ACEPTADO SUPERVISIÓN			IVAN CADENA GRANDAS	2025-02-25 17:15:50	
ACEPTADO CONTRATACIÓN			ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-02-26 11:01:05	
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 10:16:49	

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.



IVAN CADENA GRANDAS
JEFE OFICINA CALIDAD



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

25/02/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR** con **Cédula de Ciudadanía** número **1069052145**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	004870426592
Fecha de apertura	01/08/2014

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Medellín, 25 de febrero de 2025

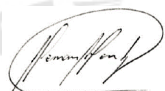
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR identificado(a) con C1069052145 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: C10690521452505628953

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CARLOS ANDRES MOJICA AGUILAR, identificado(a) con C.C 1.069.052.145, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 31 de enero de 2025.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Carlos Andres Mojica Aguilar**, identificado(a) con **CC** número **1069052145**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1069052145
NOMBRES Y APELLIDOS	Carlos Andres Mojica Aguilar
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	24/05/1986
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	28 - Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	11/02/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 830003564 E P S FAMISANAR LTDA Desde 01/08/2023
Hasta 10/02/2024

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1188222525
NOMBRES Y APELLIDOS	Juana Valentina Mojica Pachon
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	04/08/2015
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	-
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	11/08/2015
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	264 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	30/01/2025
NIVEL SISBEN	1

Generado por interfaces

03/02/2025

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS **E.P.S. Sanitas**

Página 1 de 2

COPIA DEL REGISTRO DE COLECCIÓN - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación
30/01/2025

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. Colectiva ☒ C. De Oficio ☐ 3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Colaborante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐ Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Mojica Aguilera Carlos Andres
7. Tipo de documento de identidad: CC Cedula Ciudadana 8. Número del documento de identidad: 1069 052 145 9. Sexo: Masculino 10. Fecha de nacimiento: 24/05/1986

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales: 11. Etnia: 12. Discapacidad: Tipo Condición 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Colfondos 16. Ingreso Base de Cotización - IBC: 2200 000

17. Residencia: Cra 49b 169 50 Bogotá P.C. 18. Teléfono Fijo: 321 431 4996 19. Teléfono Celular: 321 431 4996 20. Correo Electrónico: andresmojica14@hotmail.com

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

21. Apellidos y nombres: 22. Tipo de documento de identidad: 23. Número del documento de identidad: 24. Sexo: 25. Fecha de nacimiento:

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

26. Apellidos y nombres: Mojica Pachon Juana Valentin
27. Tipo de documento de identidad: 28. Número documento de identidad: 1188 222 525 29. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ 30. Fecha de nacimiento: 04/08/2015

Datos complementarios

31. Parentesco: Hija HI 32. Etnia: NA 33. Discapacidad: N/A

34. Datos de residencia: Municipio / Distrito: Zona: Urbana ☐ Rural ☐ Departamento: Teléfono fijo y/o Celular: 35. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS.):

Selección de la EPS. Primaria

36. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Centro Medico Norte. 37. Código de la EPS (A registrar por la EPS.):

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

38. Nombre o razón social: 39. Tipo de documento de identificación: 40. Número del documento de identificación: 41. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la EPS.):

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No. 10690521		

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