

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-03-20	Hasta:	2025-03-31	
Nombre del Contratista:	INGRY YURANY FAJARDO BULLA		Número de Documento:	1001277147	
Correo Electrónico:	yura2819@hotmail.com		Número Telefónico:	3223800515	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5218-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	402
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
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	24	0	13372	\$320928	35.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 320928	TRESCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-03-20	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-04-09
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	MARZO	\$ 320928	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 1722315	\$ 1722315	\$ 320928	\$ 1401387

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	-se realiza apropiacion y fichas tecnicas segun lo indicado enviadas al correo y en fisico	se realiza a apropiacion y fichas tecnicas dejando como evidencia firmas en constancia ,cada ficha de evidencia en cada correo personal
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 actividades comoauxiliar de enfermeria "promotor"segun lineamientos	---se realizan actividades comoauxiliar de enfermeria "promotor"segun lineamientos
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	-en el territorio se realiza acercamiento ala poblacion y se desarrollan actividades	-se realiza caracterizacion alas familias y rueteo realizando doce visitas que corresponden a apropiacion territorial
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	--se educa y se dejan pautas a seguir a familias segun diagnosticos y necesidades de cada uno	--se educa y se dejan pautas a seguir a familias segun diagnosticos y necesidades de cada uno
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 realiza formatos de control documental de las atenciones brindadas	-se llenan formularios en aplicativo identificando riesgos y alertas a cada ina de las familias
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 reliza activacion de ruta si es necesario el evento	--se realizan seguimientos priorizando el riesgo alto
7	Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	- se realiza el registro en el aplicativo gitapps de cada una de las familias de calidad y veracidad	-- se realiza el registro en el aplicativo gitapps de cada una de las familias de
8	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-- participo en todas y cada una de las reuniones convocadas y asignadas por la institucion	-- participo en reuniones con venti cuatro horas administrativas todas con firma de asistencia
9	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-me adiero correctamente al proceso de gestion documentas resguardando los documentos y la infirmacion de los mismos	-me adiero correctamente al proceso de gestion documentas resguardando los documentos y la infomacion de los mismos
10	Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados	-se alistan productos requeridos cuando sean necesario y lo pida la pre auditoria	-se alistan productos requeridos cuando sean necesario y lo pida la pre auditoria
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-se realizan actividades misionales para fortalecer el desarrollo de las mismas	-se realizan actividades misionales para fortalecer el desarrollo de las mismas

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24083004779
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN			USUARIO		FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			INGRY BULLA YURANY FAJARDO		2025-03-26 15:51:31
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			INGRY BULLA YURANY FAJARDO		2025-03-28 23:41:02
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			INGRY BULLA YURANY FAJARDO		2025-03-29 10:17:11
ACEPTADO SUPERVISIÓN			YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-03-29 15:34:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-03-31 10:48:35
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		2025-04-14 16:20:37

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

I. DATOS DEL TRAMITE

Las 135 instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

Fecha de afiliación:

1. Tipo de evento A. Afiliación B. Oportunidad de novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individuo B. Familia y/o grupo de familia C. Beneficiario y afiliado adicional	3. Continúa C. Continúa D. De otro	4. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	5. Contribución SGSSS C. No	6. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cotizante C. Beneficiario D. Cotizante y beneficiario	7. Tipo de cotización A. Dependencia B. Independencia C. Pensionado	8. Código A. Dependencia B. Independencia C. Pensionado
---	--	--	--	--------------------------------	---	--	--

A. AFILIACIÓN **B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)**

6. Apellidos y nombres: **FAJARDO BULLA INGREY YURANY,**

9. Tipo de documento de identidad: **C.C.** 10. Número del documento de identidad: **1001 277147** 11. Sexo biológico: **X** 12. Sexo identificación: **X** 13. Nacionalidad: **COLOMBIA**

14. Lugar de nacimiento: País: **COLOMBIA** Departamento: **BOGOTÁ** Municipio: **BOGOTÁ** 15. Fecha de nacimiento: **10/10/1977**

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (datos personales)

16. Etnia: **17. Comunidad:** 18. Discapacidad: **19. Tiempo encuesta SISBEN:** 20. Clasificación SISBEN: **21. Grupo de población especial:**

22. Administradora de Riesgos Laborales: **AOL** 23. Administradora de Pensiones: **PROTECCION** 24. Ingreso base de cotización: **1.423.500** 25. Tercer contribuyente solidario:

26. Residencia: **Cra 18n # 79d-32 sur D.C. BOGOTÁ** 27. Teléfono: **3223800515** 28. Correo electrónico: **yura2819@hotmail.com**

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

29. Apellidos y nombres:

30. Tipo de documento de identidad: 31. Número del documento de identidad: 32. Sexo biológico: **33. Sexo identificación:** 34. Nacionalidad:

35. Lugar de nacimiento: País: Departamento: Municipio: 36. Fecha de nacimiento:

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

37. Apellidos y nombres:

38. Tipo de documento de identidad: 39. Número del documento de identidad: 40. Sexo biológico: **41. Sexo identificación:** 42. Nacionalidad:

43. Lugar de nacimiento: País: Departamento: Municipio: 44. Fecha de nacimiento:

Categoría complementaria del beneficiario

45. Parentesco: 46. Etnia: 47. Comunidad: 48. Grupo de población especial: 49. Tiempo encuesta SISBEN: 50. Clasificación SISBEN: 51. Discapacidad: 52. INCAPACIDAD PERMANENTE:

53. Datos de residencia

Departamento: Municipio / Distrito: Zona: Centro Municipal: Rural: Centro Poblado: Puesto Rural: Teléfono fijo y/o celular: 54. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrarse a \$100:

Localidad: Correo electrónico:

Famisanar 2435
Famisanar 2435

CAFAM

100

See: [Copyright Clearance Center](#)

X. CANTON DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE: DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

INGRY FAJAROO

© 1998 by International
University of Health

CC

El número de documentos de contribución 1001277147

53. For the 2007-2008 season, the average number of days of snow in the winter months is 120 days. The number of days of snow in the winter months for the 2007-2008 season is 120 days. The number of days of snow in the winter months for the 2007-2008 season is 120 days.

B0607A D.C.

O REPORTE DE NOVEDADES

[illegible]

VS. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOYFOAD

61. Datos básicos de identificación		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Tipo de documento de identificación		Número del documento de identidad		Escribir el sexo		Escribir la fecha	
65. EPS afiliado		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o Pagaros de Pensiones	
		26 03 2025		Codigo			

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[illegible]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reparte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Ejemplo de estructura o reestructuración del cuadro de datos para la información de identificación			
Apellido y nombre		Segundo apellido	Tercer apellido
Primer apellido			Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	

11. FORMAS

Yocasin Fajardo

[Illegible handwritten signature]

Integrable cantidad responsable de la aflicción colectiva institucional de Oficio

X. AÑELOS

☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 00

01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 00

01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 00

01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 00

01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 <

[illegible]

XII DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

62. Identificación de la Entidad Federativa		63. Nombre de la institución
Código del municipio	Código del departamento	

10. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCION RECONSIDERABLE DE POBLACION ESPECIAL

64. Apellidos y nombres		65. Firma del funcionario	
66. Fecha de radicación	67. Fecha de validación	OBSERVACIONES	

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

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI NO

☐ ☐

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

☐ ☐

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

☐ ☐

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

☐ ☐

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?

☐ ☐

¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?

☐ ☐

Firma del Afiliado: Yurany Fajardo

Nombres y Apellidos: Ingrid Yurany Fajardo

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suministrar, repasar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que le sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, específicamente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales, cuando ello fuera procedente (Artículo 5º Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como: aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promuevan intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3º artículo 3º Decreto 1377 de 2013).

Identificación: 1001277147

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☐

Firma del Afiliado: Yurany Fajardo

Nombres y Apellidos: Ingrid Yurany Fajardo

Identificación: 1001277147

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (5) cinco horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarle sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No _____ quien

manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de

edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impresa pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos _____

Identificación _____

Edad _____

Dirección de Domicilio _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar _____

Huella

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FAJARDO BULLA INGRY YURANY** identificado(a) con CC número **1.001.277.147** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de diciembre de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025032615211

Medellin, 26 de marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **INGRY YURANY FAJARDO BULLA** con documento de identidad **C1001277147**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con NIT **N900958564**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-03-21	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ASISTENCIAL	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

INGRY YURANY FAJARDO BULLA

Identificado con CC 1001277147

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CALLE 53, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24083004779
Fecha de apertura:	16 de Marzo de 2018
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 pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 26 de Marzo de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva



INGRY YURANY FAJARDO BULLA

- line 4258 of \lib\navigationlib.php: call to course_get_user_administration_options()
- line 3995 of \lib\navigationlib.php: call to settings_navigation->load_course_settings()
- line 759 of \lib\pagelib.php: call to settings_navigation->initialise()
- line 820 of \lib\pagelib.php: call to moodle_page->magic_get_settingsnav()
- line 3426 of \lib\navigationlib.php: call to moodle_page->__get()
- line 612 of \theme\boost\classes\output\core_renderer.php: call to navbar->get_items()
- line 42 of \theme\boost\layout\columns2.php: call to theme_boost\output\core_renderer->region_main_settings_menu()
- line 1162 of \lib\outputrenderers.php: call to include()
- line 1092 of \lib\outputrenderers.php: call to core_renderer->render_page_layout()
- line 234 of \mod\quiz\view.php: call to core_renderer->header()

INDUCCIÓN VIRTUAL 2024

[Área personal](#) / [Mis cursos](#) / [INDUCCIONGRAL](#) / [UNIDAD 7-POLÍTICA DE INTEGRIDAD](#) / [EVALUACIÓN POLÍTICA DE INTEGRIDAD](#)

EVALUACIÓN POLÍTICA DE INTEGRIDAD

Intentos permitidos: 3

Método de calificación: Calificación más alta

Resumen de sus intentos previos

Intento	Estado	Calificación / 10,00	Revisión
1	Finalizado Enviado: viernes, 21 de marzo de 2025, 13:34	6,00	No permitido
2	Finalizado Enviado: viernes, 21 de marzo de 2025, 13:36	6,00	No permitido
3	Finalizado Enviado: viernes, 21 de marzo de 2025, 13:43	8,00	No permitido

Su calificación final en este cuestionario es 8,00/10,00

No se permiten más intentos

[Volver al curso](#)