

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-05-08	Hasta:	2025-05-31
Nombre del Contratista:	HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR		Número de Documento:	80121465
Correo Electrónico:	psicologoconsultor1@gmail.com		Número Telefónico:	3114493040
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5704-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	680
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	124	0	22430	\$2781320	87.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2781320	DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-05-08			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-05-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-05-24	2025-06-30	1	\$ 4814965	892
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MAYO			\$ 2781320	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 3439275		\$ 8254240	\$ 2781320	\$ 5472920
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 realizó la consulta de la documentación enviada, con la cual se da cumplimiento a la ejecución de las intervenciones realizadas.	- Las intervenciones realizadas que se encuentran en la plataforma.	
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	- En el periodo no se asigno por parte del apoyo a la supervisión esta actividad	- No se realizó esta actividad en el mes	
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	- En el periodo no se asigno por parte del apoyo a la supervisión esta actividad	- No se realizó esta actividad en el mes	
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	- Se realizó el abordaje de la familias que se adhieren a EBEH con el fin de dar continuidad al seguimiento	- Las intervenciones realizadas que se encuentran en la plataforma.	
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	- De acuerdo al abordaje que se realiza a los consultantes, se hace la aplicación de pruebas tales como SRQ, APGAR y en algunos casos, COPE 28 y adicional se refuerza con el dialogo semiestructurado.	- Las intervenciones realizadas que se encuentran en la plataforma.	
6	Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizado la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	- En el periodo no se asigno por parte del apoyo a la supervisión esta actividad.	- No se realizó esta actividad en el mes.	
7	Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	- En el mes se realizaron las asistencias requeridas para participación y formación por parte de la Subred Sur en la USS Santa Marta y virtuales.	- Listados de asistencia	
8	Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	- En el periodo no se asigno por parte del apoyo a la supervisión esta actividad.	- No se realizó esta actividad en el mes.	
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.	- En el periodo no se asigno por parte del apoyo a la supervisión esta actividad.	- No se realizó esta actividad en el mes.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	- En el mes en curso se realizó la el diligenciamiento de la documentación solicitada de acuerdo a las instrucciones dadas por parte del apoyo a la supervisión.	- Planilla de familias con planes de cuidado familiar e individual (Formato controlado no codificado).
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	- Se realizó la depuración de los listados de usuarios que se encuentran para abordaje y se entrega retroalimentación al apoyo a la supervisión.	- Correo al apoyo a la supervisión sobre los listados depurados.

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550008400816693
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN			USUARIO		FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR		2025-05-25 14:16:48
RECHAZADO SUPERVISOR			YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-05-28 09:01:34
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR		2025-05-28 09:34:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN			YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-05-28 13:36:23
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-05-28 19:59:28

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



CERTIFICATION

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

19/04/2024

Banco Davivienda S.A. (Bank) certifies that **Mr. HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR** with ID Number **80121465**,

Holds in the Bank:

SAVINGS ACCOUNT

Number	0550008400816693
Opening Date	05/10/2021

Sincerely,

BANCO DAVIVIENDA



No. de Radicación: 25042025

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria A. Si <input type="checkbox"/> B. No <input checked="" type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS) <u>59</u>
---	---	---	--	--	---	---

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

8. Apellidos y nombres <u>Pablo Escobar Heber Fernando</u>	9. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>	10. Número de documento de identidad <u>80111465</u>	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad <u>Colombiano</u>	14. Lugar de nacimiento <u>Colombia Cundinamarca Bogotá</u>	15. Fecha de nacimiento <u>28/11/1983</u>
---	--	---	---	---	---------------------------------------	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <u>Colpensiones</u>	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC <u>1'423.500</u>	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia <u>Cundinamarca</u>	27. Teléfono fijo <u>3114493040</u>	28. Correo electrónico <u>psicologoconsultor1@gmail.com</u>	29. Zona Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>
-----------	---------------	--	---	---	---------------------------------	--	---------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------	--	--	---

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

27. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Pablo</u> Segundo Apellido: <u>Escobar</u> Primer Nombre: <u>Heber</u> Segundo Nombre: <u>Fernando</u>	28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País: <u>Colombia</u> Departamento: <u>Cundinamarca</u> Municipio: <u>Bogotá</u>	34. Fecha de nacimiento <u>DD MM AAAA</u>
---	------------------------------------	--------------------------------------	--	--	------------------	---	--

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

35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad		37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
	Femenino	Masculino			F	M	T	NB	Otro	Cual?	País	
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
				SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

51. Datos de residencia		Departamento		Municipal/Distrito		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

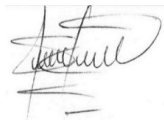
	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80121465**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de abril de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellin, 25 de mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR con documento de identidad C80121465, 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
2025-05-08	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ASISTENCIAL	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



· Medellín **604 4444578**
 · Bogotá **6014055911**
 · Cali **602 3808938**
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**
 · Bucaramanga **6076917938**
 · Cartagena **605 6424938**
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**
 Línea de conciliación ARL **3103157562**
segurossura.com.co arlsura.com