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:**	2023-03-01	**Hasta:**	2023-03-31	
Nombre del Contratista:	GUSTAVO ADOLFO SALINAS GARCIA		**Número de Documento:**	1024515611	
Correo Electrónico:	gustavosalinas217@gmail.com		**Número Telefónico:**	3203340719	
Nombre del Supervisor:	LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

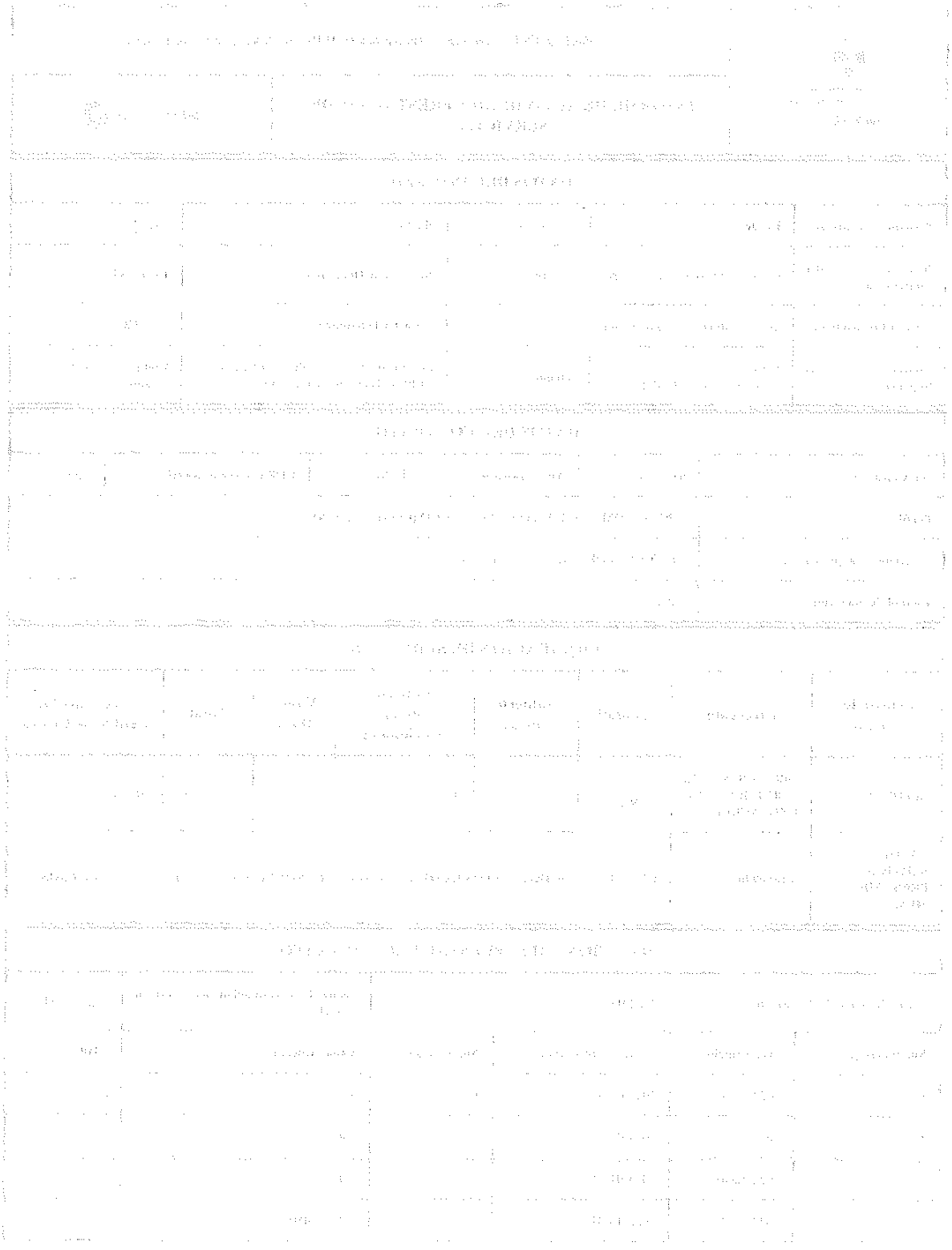
No. Contrato:	6713-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	2200
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (CONDUCCION)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	APH				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
G01TP122	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	224	0	8424	$1886976	90.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1886976**	**UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

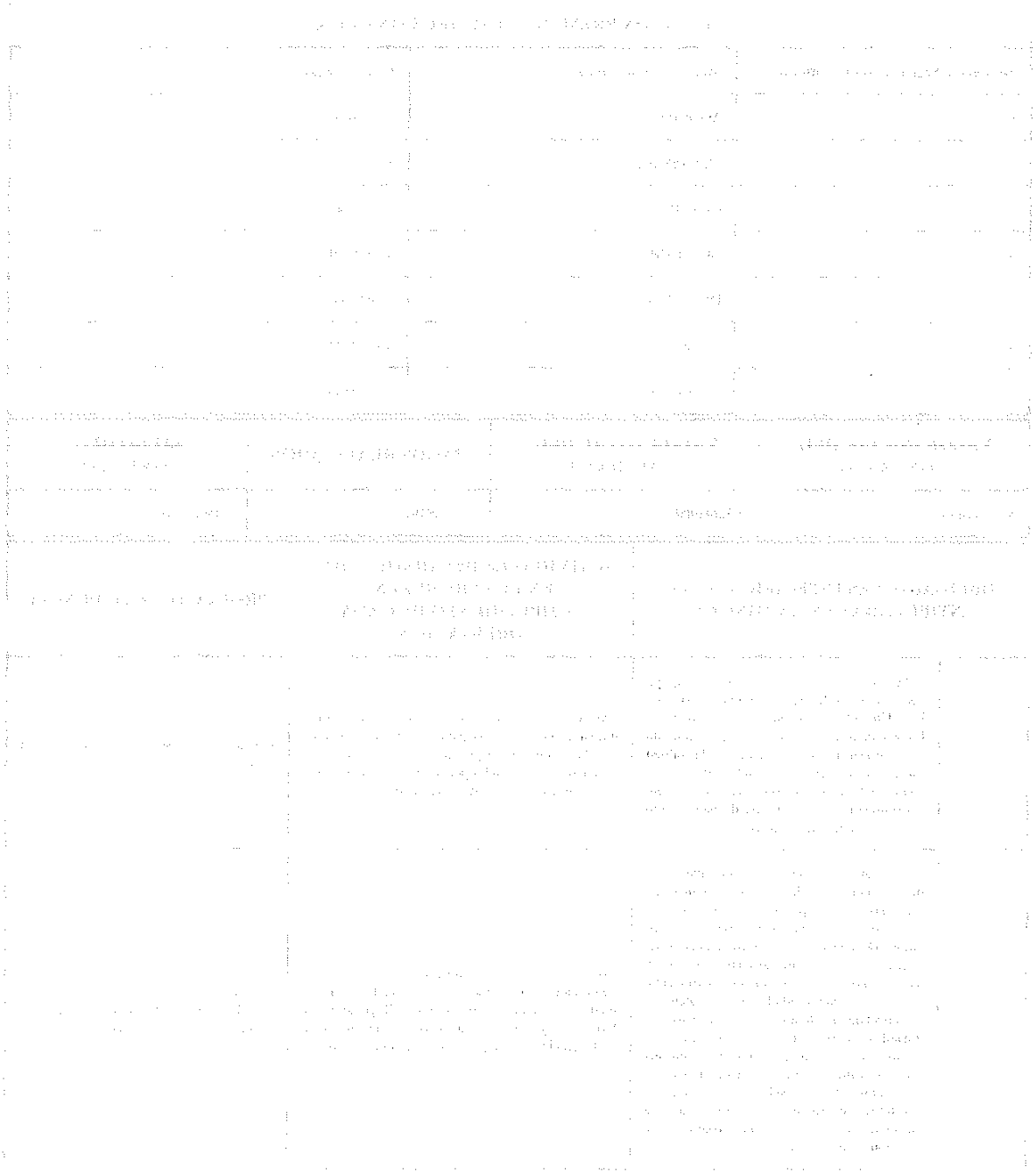
Fecha de Inicio del Contrato		2022-08-05		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-12-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-12-01	2023-01-31	1	$ 0	0
2	2022-12-01	2023-01-31	2	$ 0	0
3	2022-12-01	2023-01-31	3	$ 0	0
4	2023-01-01	2023-10-31	4	$ 21228480	6



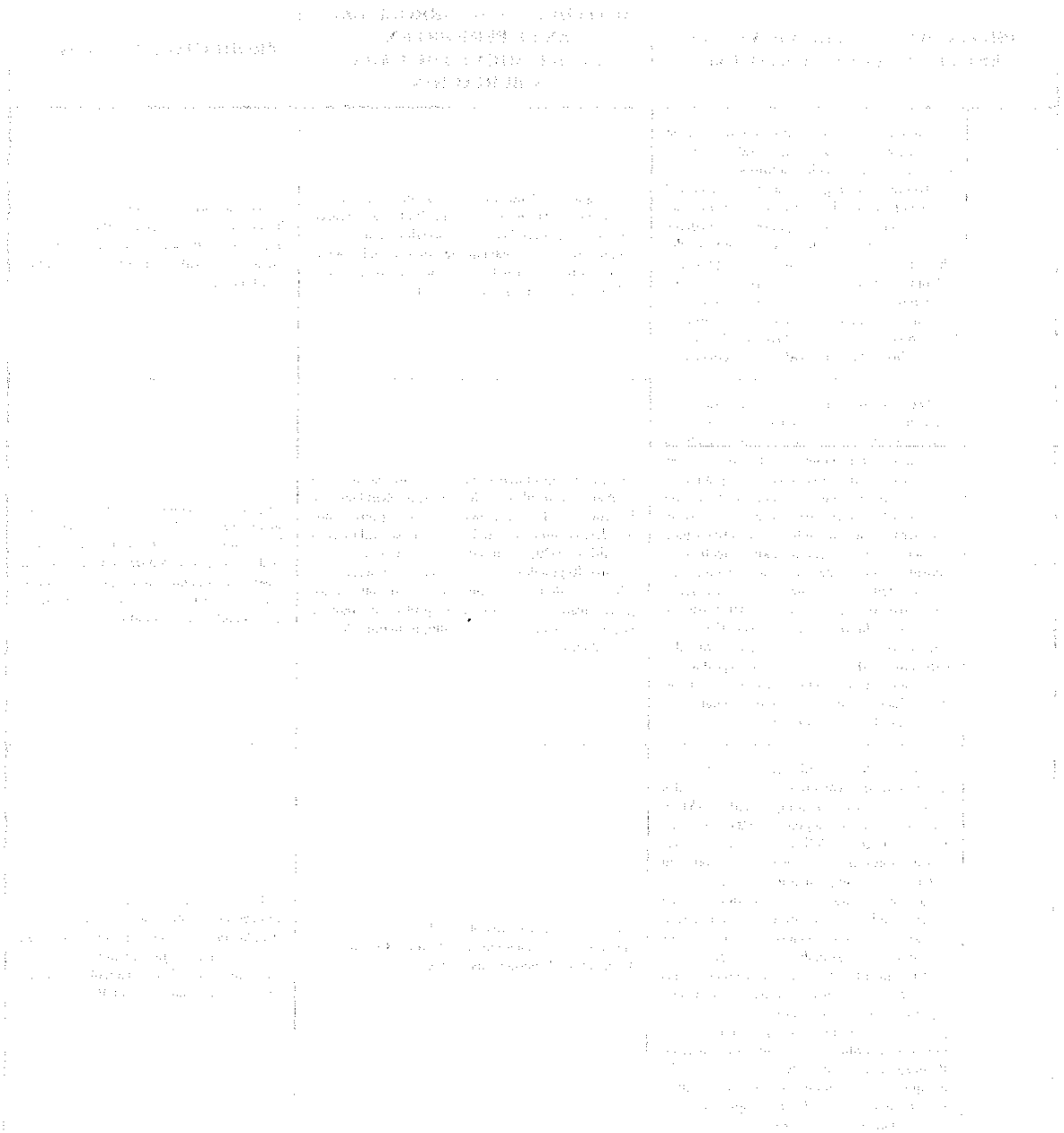
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	AGOSTO	$ 1718496
2	SEPTIEMBRE	$ 2021760
3	OCTUBRE	$ 2122848
4	NOVIEMBRE	$ 2021760
5	DICIEMBRE	$ 2021760
6	ENERO	$ 1819584
7	FEBRERO	$ 1819584

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11372400	**$ 32600880**	**$ 13545792**	**$ 19055088**

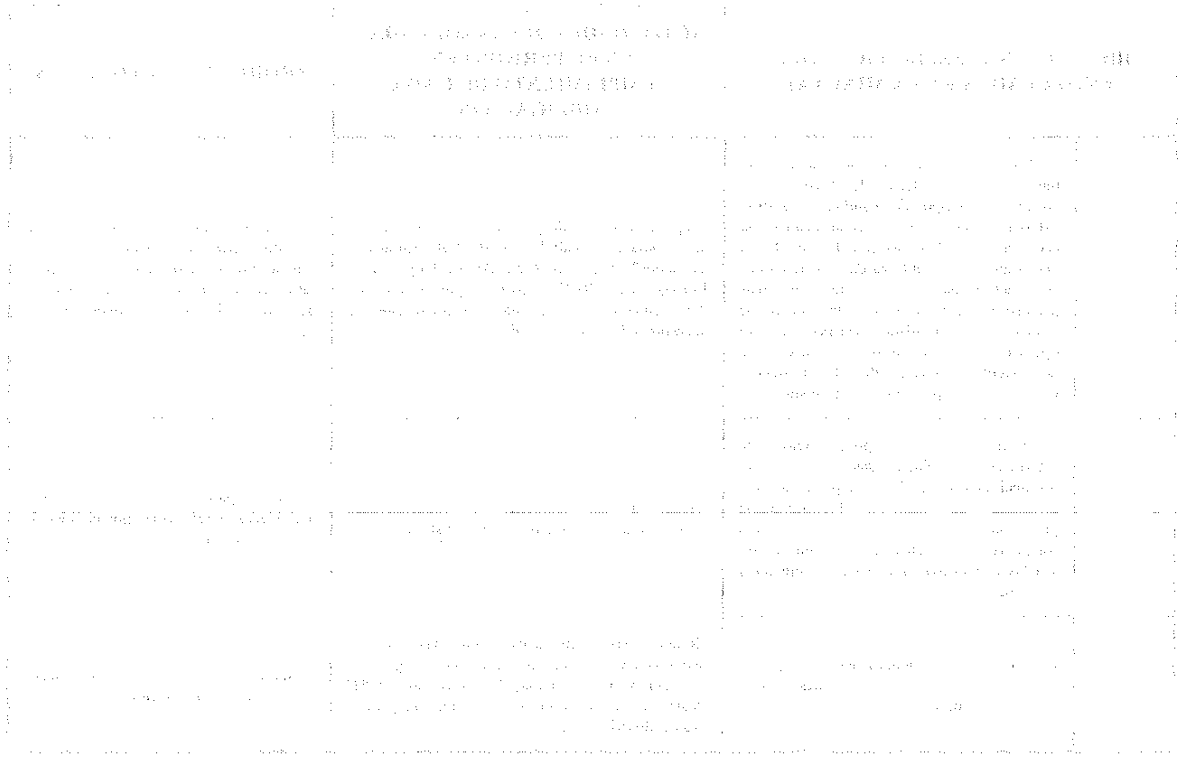
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Prestar servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.	-Preste los servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente	-Atendi los casos asignados por el CRUE
2	2. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos, atenciones, traslados y despachos dados por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) y por el Centro Regulador de urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la oportunidad, pertinencia, calidad y continuidad de la atención prehospitalaria durante los procesos de traslados, valoraciones y despachos a la Institución de Salud, cumpliendo con los procedimientos, guías, instructivos y protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para la atención de pacientes del programa de atención Prehospitalaria.	-Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE y la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES)	-Atendi los casos asignados por el CRUE y la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES)



OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3. Cumplir con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantafón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales.	-Verifique y salvaguarde los equipos biomedicos asignados a la unidad movil, Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que me acredita como colaborador de la Subred Sur E.S.E.	-Verifique pre operacional del vehiculo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial-Porte de manera adecuada el uniforme y el carnet institucional visible
4	4. Dar un correcto y adecuado uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet incluyendo cargadores y radiocomunicaciones) asignados a las unidades móviles adscritas al programa de atención prehospitalaria para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los formularios de inspección pre operacional y de tipología vehicular (herramientas) adicional debe reportar las novedades de tipología y de funcionamiento del vehiculo que se generen durante el desarrollo de las actividades.	-Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE- Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE- Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades.	-Segui adecuadamente los protocolos institucionales- Revise el inventario de herramientas de la ambulancia para poder realizar y brindar un servicio en caso de alguna falla que se pueda presentar- Bitácora de entrega de turno y novedades del vehículo
5	5. Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la subdirección centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.	-Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	-Atendí y recibí oportunamente las indicaciones del líder a cargo de la tripulación de la ambulancia para brindar una mejor atención[en el traslado de los pacientes según indicaciones dadas por el CRUE



OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección pre operacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de las mismas.	-Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE- Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial	-Revise el inventario de herramientas de la ambulania para poder realizar y brindar un servicio en caso de alguna falla que se pueda presentar.- Bitacora de entrega de turno y novedades del vehiculo.
7	7. Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programados por la DUES, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., y/o las convocadas por la unidad funcional APH Sur.	-Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución	-Asisti y participe por las diferentes actividades programadas por el lider de la unidad funcional
8	8. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	-Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio "APH" dentro de la autonomia e independencia para el desarrollo del contrato.	-cumplí con las demás actividades requeridas por el convenio



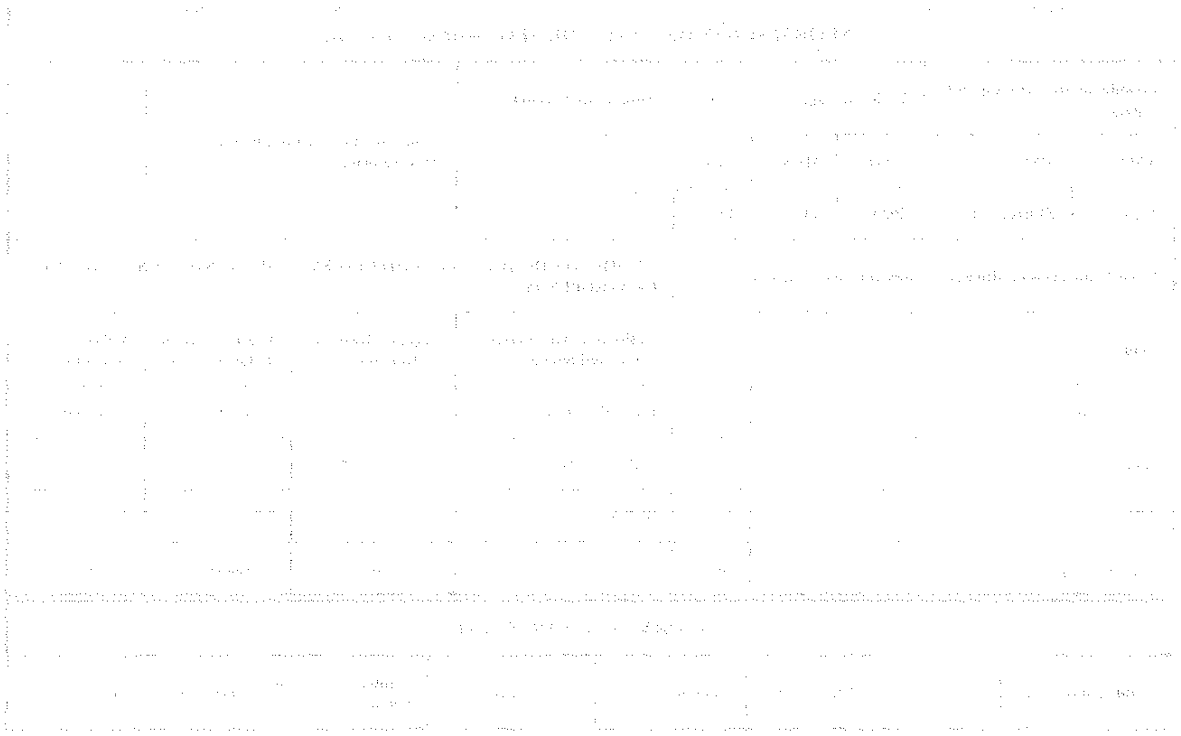
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**		$ 1819584
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	7869945491			
2023	**FEBRERO**	**2023**	**03**	**15**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON OCHOCIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud					SALUD TOTAL		$ 145000	$ 145000
ARL				4	SURA		$ 0	$ 0
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 336655**	$ 330600

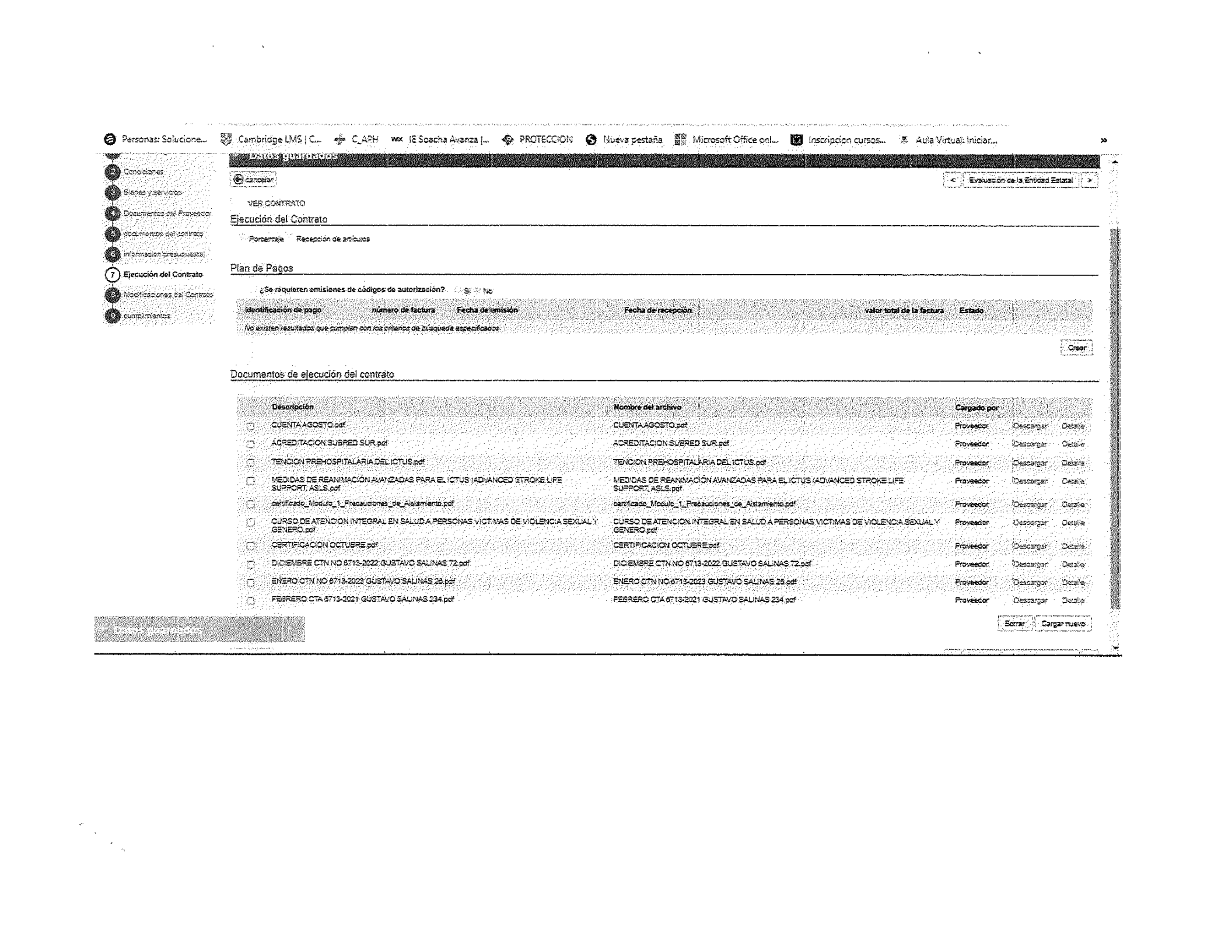
INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488404575604

Gustavo Salinas

GUSTAVO ADOLFO SALINAS GARCIA
1024515611

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO




Personas: Solucione...
Cambridge LMS | C...
C_APH
IE Soacha Avanza |...
PROTECCION
Nueva pestaña
Microsoft Office onl...
Inscripcion cursos...
Aula Virtual: Iniciar...
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
documentos del contrato
información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
cumplimientos
cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No
Identificación de pago
número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepcion
valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados.
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA AGOSTO.pdf
ACREDITACION SUBRED SUR.pdf
TENCION PREHOSPITALARIA DEL ICTUS.pdf
MEDIDAS DE REANIMACIÓN AVANZADAS PARA EL ICTUS (ADVANCED STROKE LIFE SUPPORT, ASLS.pdf
certificado_Modulo_1_Precauciones_de_Aislamiento.pdf
CURSO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO.pdf
CERTIFICACION OCTUBRE.pdf
DICIEMBRE CTN NO 6713-2022 GUSTAVO SALINAS 72.pdf
ENERO CTN NO 6713-2023 GUSTAVO SALINAS 28.pdf
FEBRERO CTA 6713-2021 GUSTAVO SALINAS 234.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1024515611
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			CUSTAVO ADOLFO SALINAS GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 31 # 15-119 TORRES APA 304	TELÉFONO:	8405851
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Regulacion de las actividades de organismos que p
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7699945431		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES febrero AÑO 2023		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2023
DIAS DE MORA:	12				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/03/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1970037835

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA			TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA		VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 165,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2,700	$ 0	$ 165,600	$ 2,700		$ 168,300
SUBTOTALES:										$ 165,600	$ 2,700		$ 168,300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACION	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACION	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145,000	$ 0	$ 2,200	$ 0	$ 145,000	$ 2,200	$ 0	$ 147,200
SUBTOTALES:													$ 145,000	$ 2,200	$ 0	$ 147,200

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |