| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-02-01 | **Hasta:** | 2024-02-29 | |
| **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:** | 3895-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 495 |
| **Perfil:** | APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (TRASLADOS) | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V02TP122 | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | APH | 228 | 0 | 9014 | $2055192 | 91.9% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2055192** | **DOS MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTONOVENTA Y DOSPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2024-01-30 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-03-17 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | FEBRERO | $ 2055192 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 3533488** | **$ 3533488** | **$ 2055192** | **$ 1478296** |

| 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 logistico (conductores) para la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumpliendo con los estandares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitacion 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 Direccion 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 atencion prehospitalaria durante los procesos de traslados, valoraciones y despachos a la Institucion de Salud, cumpliendo con los procedimientos, guias, instructivos y protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para la atencion de pacientes del programa de atencion 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) |
| 3 | 3. Cumplir con el procedimiento de atencion prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad movil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomedicos asignados a las unidades moviles del Programa de Atencion Prehospitalaria, ademas cumplir con el porte de los elementos de identificacion institucional (Chaqueta, camisa, pantalon, botas, carne de la Subred y de Mision Medica) 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 vehículo, 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 tecnologicos (celular institucional, Tablet incluyendo cargadores y radiocomunicaciones) asignados a las unidades moviles adscritas al programa de atencion prehospitalaria para el desarrollo de las actividades, asi como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicacion efectiva y oportuna con la lider de la unidad funcional o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de informacion del 100% de los formularios de inspeccion pre operacional y de tipologia vehicular (herramientas) adicional debe reportar las novedades de tipologia 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. | -Seguí 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 |


***© Siasur - 2024***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | 5. Cumplir con las indicaciones del lider de la tripulacion (medico en las unidades moviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al medico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atencion para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la subdireccion centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, asi mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operacion de las moviles adscritas al Programa de Atencion 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 atenciónx\| en el traslado de los pacientes según indicaciones dadas por el CRUE |
| 6 | 6. Revisar de manera mensual mediante el modulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestion externa del programa al seguimiento en la revision mensual de las ambulancias. En el dia asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspeccion pre operacional, inventario mensual de herramientas, bitacoras durante el mes) y revision 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 programacion de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atencion 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 demas 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 autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. | -cumplí con las demás actividades requeridas por el convenio |

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

**HISTÓRICO**

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO SALINAS GARCIA | 2024-02-23 12:49:30 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | MARCELA RUBIANO MARTINEZ | 2024-02-28 11:50:15 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO SALINAS GARCIA | 2024-02-28 21:59:54 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | MARCELA RUBIANO MARTINEZ | 2024-02-29 08:29:50 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO SALINAS GARCIA | 2024-02-29 09:45:42 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | MARCELA RUBIANO MARTINEZ | 2024-02-29 11:15:46 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO SALINAS GARCIA | 2024-02-29 13:17:25 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARCELA RUBIANO MARTINEZ | 2024-02-29 16:26:01 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-03-01 04:21:48 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-03-12 11:12:56 |

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.



**LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO**