

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-11-01	Hasta:	2024-11-30			
Nombre del Contratista:	YURY ANDREA TELLEZ DULCEY			Número de Documento:	1013604669		
Correo Electrónico:	yuyuan4221@gmail.com			Número Telefónico:	3143764889		
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS		Código Grado:	-	009-05
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	6333-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2068		
Perfil:	MÉDICO GENERAL						
Dirección a la que Perteneces:	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
V02TP411	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	180	43	36055	\$8040265	119.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 8040265	OCHO MILLONES CUARENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato	2024-08-12			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-09-30		
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP		
1	2024-09-01	2024-10-31	1	\$ 6850450	2418		
2	2024-10-01	2024-11-21	2	\$ 5408250	2613		
3	2024-11-21	2024-11-30	3	\$ 2704125	2760		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar			
1	AGOSTO			\$ 5119810			
2	SEPTIEMBRE			\$ 6489900			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3		OCTUBRE	\$ 7463385
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 12330810		\$ 27293635	\$ 19073095
			\$ 8220540
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios Profesionales como médico para el programa 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.	- Se presta servicio como médico para el Programa de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad.	- Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas.
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 atención medica durante los procesos de valoración, evaluación, formulación y entrega del paciente 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.	- Dimos respuesta oportuna al direccionamiento de eventos, atenciones, traslados y despachos dados por el DUES y por el CRUE, garantizando la oportunidad, la pertinencia, la calidad y continuidad de la atención médica durante los procesos de valoración, evaluación, formulación y entrega del paciente a la Institución de Salud.	- Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas.
3	Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las móviles del programa de Atención Prehospitalaria, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales.	- Se dio cumplimiento con el procedimiento de recibo y entrega de turno, se dio registro a las novedades que se presentaron, salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados, manteniendo así la operatividad de la móvil. Además se dio uso correcto de los elementos de identificación institucional.	- Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas.

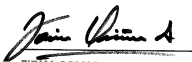
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	<p>Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet, incluyendo cargadores y equipos de radio comunicaciones) asignados a las ambulancias por la Subred 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 del programa de Atención Prehospitalaria o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica (no mayor a 2 horas), módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Ingresar en un término no mayor a 12 Horas posterior a su diligenciamiento los certificados de defunción, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.</p>	<p>- Se realiza registro de historia clínica según resolución 1995 de 1999, dando uso correcto a los elementos tecnológicos (celular institucional, tablet, cargadores y equipos de radiocomunicaciones).</p>	<p>- Historia clínica, formula médica, inventarios</p>
5	<p>Liderar el equipo de la móvil asignada garantizando el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad y disponibilidad, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la Subdirección del 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.</p>	<p>- Se lideró el equipo de la móvil asignada, actuando de forma oportuna y disponible al cumplir con los requerimientos dados por el centro regulador.</p>	<p>- Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas.</p>
6	<p>Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de la aplicación los insumos y medicamentos incluyendo los medicamentos de control especial (y el registro adecuado en libro) asignados a los inventarios de la móvil, 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 (inventario mensual de medicamentos de control especial, registro de bitácoras de equipos biomédicos, oportunidad de registro en el aplicativo RUAF ND, e historias clínicas durante el mes) y revisión del cumplimiento de las mismas.</p>	<p>- Junto con auxiliar de enfermería se revisaron insumos y semaforización para actualizar inventario al inicio de cada mes manteniendo así actualizados los registros en libro de medicamentos de control especial.</p>	<p>- Inventario, kardex.</p>

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Cumplir y asistir a la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias (capacitación) 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.	- Asistencia a actividades relacionadas con el fortalecimiento de competencias del programa de atención prehospitalaria.	- Listados de asistencia.
8	Hacer gestión oportuna para la liberación de la camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad, garantizando que la unidad móvil no permanezca en la institución hospitalaria más de 3 horas.	- Se realiza gestión oportuna para la liberación de camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad.	- Historia clínica, formulas médicas, inventario, kardex, libro de novedades médicas
9	El personal médico de la ambulancia realizará un mínimo de cuatro (4) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades en el día y tres (3) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante la actividades de la noche. Esta obligación es fundamental para garantizar la eficiencia y la continuidad del servicio de emergencias médicas.	- Se realizó un mínimo de cuatro (4) atenciones, traslados o despachos durante las actividades.	- Historia clínica, libro de traslado de pacientes, formato de fallido.
10	Reportar al líder del programa de atención prehospitalaria o a quien el designe cada atención, valoración o despacho al que sea direccionado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud para llevar el control exacto por cada colaborador para hacer auditoría del cumplimiento de la obligación 9.	- Se reportó al líder al líder del programa de atención prehospitalaria o la jefe de enlace designado por turno cada atención, valoración o despacho al que fuimos direccionados, para así llevar un control exacto de cumplimiento del punto 9.	- Link de solicitud de historias clínicas, formato de fallido en aplicativo tapptus
11	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	- Se cumplieron con las actividades asignadas por el supervisor.	- Listados de asistencia, pretest y posttest.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		\$ 7463385
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	81714663	-			
2024	OCTUBRE	2024	11	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2985354	\$ 477657	\$ 477700	
Salud					COMPENSAR		\$ 373169	\$ 373200	
ARL				4	SURA		\$ 0	\$ 0	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 866410	\$ 850900	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	478400030340		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					YURY ANDREA TELLEZ DULCEY			2024-11-25 19:46:15	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN			2024-11-26 09:57:22	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-11-29 12:37:08	

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.



HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013604669	YURY ANDREA TELLEZ DULCEY		calle 36 sur # 24-21	3045796	yuyuan4221@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-10	2024-10	I	12/11/2024	81714663	TOTAL A PAGAR \$910.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	373.200	0		0		0	0	0	0	373.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	477.700	0	0	0	0	0	0		477.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	59.800	0	0	59.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	373.200	373.200
Pensión	1	477.700	477.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	59.800	59.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	910.700	910.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013604669	YURY ANDREA TELLEZ DULCEY		calle 36 sur # 24-21	3045796	yuyuan4221@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-10	2024-10	I	12/11/2024	81714663	10
					TOTAL A PAGAR
					\$910.700

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de riesgo	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN								
1	CC	1013604669	TELLEZ DULCEY YURY ANDREA	3	0		N																			230301	2.985.354	477.700	0	0	0	0	0	EPS008	2.985.354	373.200		0		0	CCF24	2.985.354	59.800	0	0	0	0	0

PAGADA



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Provee...
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contr...
- 9 Incumplimientos

⏮ 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

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	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		
☐	ARL SURA 1013604669 CTO 6333-2024.pdf	ARL SURA 1013604669 CTO 6333-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	JULIO CTN NO 7759-2024 YURY TELLEZ.pdf (Archivado)	JULIO CTN NO 7759-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO CTN NO 6333-2024 YURY TELLEZ.pdf	AGOSTO CTN NO 6333-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE CTN 6333-2024 YURY TELLEZ.pdf	SEPTIEMBRE CTN 6333-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE DOCUMENTOS MESES AGOSTO-SEPTIEMBRE 2024 CTN 6333-2021.pdf	SOPORTE DOCUMENTOS MESES AGOSTO-SEPTIEMBRE 2024 CTN 6333-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	OCTUBRE CTO 6333-2024 YURY TELLEZ.pdf (Archivado)	OCTUBRE CTO 6333-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE CTO 6333-2024 YURY TELLEZ (1).pdf	OCTUBRE CTO 6333-2024 YURY TELLEZ (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >