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:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	ANDREA MILENA GUAYARA ROJAS		**Número de Documento:**	1022371401	
Correo Electrónico:	guayaraandrea5@gmail.com		**Número Telefónico:**	3014524601	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6254-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2068
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
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
V02TP411	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	180	8	10814	$2033032	101.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2033032**	**DOS MILLONES TREINTA Y TRES MIL TREINTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-08-13		**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	$ 2465592	2418
2	2024-10-01	2024-11-21	2	$ 2141172	2613
3	2024-11-21	2024-11-30	3	$ 1038144	2760

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	AGOSTO	$ 1686984
2	SEPTIEMBRE	$ 2595360

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	OCTUBRE	$ 2595360
4	NOVIEMBRE	$ 2033032

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3698388	**$ 9343296**	**$ 8910736**	**$ 432560**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios como auxiliar en enfermeria 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 servicios como auxiliar de enfermería en las móviles de atención pre-hospitalaria según programación de actividades mensual.	Programación de actividades mensual
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 valoración, evaluación 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.	Se reciben los despachos generados por el CRUE, generando oportunidad en la entrega de pacientes bajo los lineamientos establecidos.	Registro de atención, Bitácora de traslado.
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, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales.	Se realiza la entrega y recibo de turno en los tiempos establecidos para esta actividad, así mismo se reportan las novedades presentadas.	Libro de entrega y recibo de turno.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Dar un correcto y adecuado uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet incluyendo cargadores y equipos de 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 del programa o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros asistenciales de traslados y/o atenciones (no mayor a 2 horas), módulos de reportes, solicitud de insumos medico quirúrgicos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.	Se realiza el diligenciamiento de los registros de atención de pacientes, cumpliendo los lineamientos mínimos de la resolución 1995 de 1999, de igual forma se diligencian los formatos requeridos.	Registro de atención de pacientes
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	Se acatan y realizan los procedimientos ordenados por el médico de la tripulación y/o el médico regulado	Registro de atención, libro de novedades.
6	Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de la aplicación los insumos y medicamentos 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, registro de bitácoras, registros asistenciales durante el mes y los diferentes formatos implementados en la aplicación) y revisión del cumplimiento de las mismas.	Se realizan los inventarios mensuales de los insumos y elementos de la móbil, de igual forma se realiza el kardex diario de los insumos.	Formato de inventario mensual y de kardex
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.	Se asisten a las reuniones programadas por la coordinación de APH	Listado de asistencia a reuniones

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 retenina en las diferentes IPS de la ciudad, garantizando que la unidad movil no permanezca en la institución hospitalaria más de 3 horas.	Soporte difital fotografico y envio de información por lo canales pertinentes al personal de enlace como cosntancia de la liberación de la camilla.
9	El personal auxiliar de la ambulancia realizará un mínimo de cuatro (4) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades en el dia 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 realiza un minimo de cuatro atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades en el dia y tes atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades de la noche para garantizar la eficacia y la continuidad del servicio de emergencias médicas	Historias clinicas, formatos fallidos, formatos de disentimiento, formulas de insumos, inventario, libro de novedades
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 reporta al lider 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 control exacto de cada colaborador para hacer auditoria del cumplimiento de la obligación 9.	Inventario, kardex.
11	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	Se realzan actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato	Formulas mpedicas, inventario, kardex, libro de novedades.

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	$ 2595360
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	8381120114	-		
2024	**OCTUBRE**	**2024**	**11**	**15**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTAPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 209500**
Salud		FAMISANAR		$ 162500	**$ 163700**
ARL	4	SURA		$ 0	**$ 0**
Caja de Compensación	SI	CAFAM	**Total**	**$ 377286**	**$ 373200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	44894243730

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANDREA ROJAS GUAYARA MILENA	2024-11-27 07:46:50
RECHAZADO SUPERVISOR	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2024-11-27 11:12:49
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANDREA ROJAS GUAYARA MILENA	2024-11-27 12:50:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2024-11-28 12:01:00
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-29 07:27:50
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	2024-12-11 11:06:06

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

© Siasur - 2024

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANDREA MILENA GUAYARA ROJAS
No. Identificación: CC1022371401
Dirección: CRA 11 D # 15 50
Telefono: 5787172
Correo: millita115_@hotmail.com
Ciudad: SOACHA
Número de Planilla: 8381120114

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANDREA MILENA GUAYARA ROJAS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1022371401	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2024
Número de planilla	8381120114	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2024
Fecha pago	2024-11-15	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	42050316	**Total Pagado**	399400
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	2900

PAGADA
8381120114

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	209500	1
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	26200	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	163700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1022371401
APELLIDOS Y NOMBRES: ANDREA MILENA GUAYARA ROJAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1300000	1300000	0	1300000	162500	0	208000	0	0	26000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

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? ○ Sí ◉ 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 1022371401 CTO 6254-2024.pdf	ARL SURA 1022371401 CTO 6254-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ANDREA GUAYARA-AGOSTO 2024	Informe de Actividades Número 215923 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ANDREA GUAYARA-SEPTIEMBRE 2024	Informe de Actividades Número 250488.pdf.crdownload.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE CTN 6254-2024 ANDREA GUAYARA.pdf	OCTUBRE CTN 6254-2024 ANDREA GUAYARA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >