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:	DIANA LILIAM RINCON DIAZ		**Número de Documento:**	52824005	
Correo Electrónico:	dianalrdclaridad@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142532458	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6345-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2068
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
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	36	36055	$7787880	116.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7787880**	**SIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTAPESOS**					

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	$ 4975590	2418
2	2024-10-01	2024-11-21	2	$ 6489900	2613
3	2024-11-21	2024-11-30	3	$ 3461280	2760

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	AGOSTO	$ 3893940
2	SEPTIEMBRE	$ 6489900

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	OCTUBRE	$ 8653200
4	NOVIEMBRE	$ 7787880

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 12330810	**$ 27257580**	**$ 26824920**	**$ 432660**

	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 prestan servicios como mèdico en las móviles de atención pre hospitalaria según programación de actividades mensual.	-Cronograma de actividades, bitácoras, historias clìnicas.
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.	-Se reciben los despachos generados por el CRUE, generando oportunidad en la atención de pacientes bajo los lineamientos establecidos.	-Cronograma de actividades, bitácoras e historias clìnicas.
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 entrega la entrega y recibo de turno en los tiempos establecidos para esta actividad, asi mismo se reportaran las novedades presentadas.	-Cronograma de actividades, bitácoras, historias clìnicas, listas de chequeo gestores externos.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	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.	-Se realizan inventarios mensuales de los insumos y elementos de la móvil	-Kàrdex diario, bitácora de recibo y entrega de turno mèdica.
5	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.	-Se liderò el equipo de la móvil asignada, actuando de forma oportuna y disponible, al cumplir con los requerimientos dados por el centro regulador.	-Cronograma de actividades, bitácoras, historias clìnicas.
6	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.	-Junto con auxiliar de enfermerìa se revisan insumos y semaforización para actualizar inventario.	-Inventario, kàrdex

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 reuniones programadas	-Listado 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 gestiòn oportuna para la liberaciòn de la camilla retenida, teniendo en cuenta que esta actividad no depende unicamente del tripulante de la mòvil sino de la capacidad instalada con la que cuenta la instituciòn en el momento de la gestión de liberación de camillas	-Se realizarà gestión con el jefe de enfermería encargado del servicio y se enviara registro fotográfico en tiempo real al grupo de Whatsapp informando al profesional de enlace de la gestión realizada y solicitando de su apoyo en caso de que la gestión sea fallida, ya que dicho procedimiento no depende únicamente del tripulante de la móvil.
9	El personal médico 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 realizaran dicho nùmero de atenciones siempre y cuando el recurso humano hospitalario tambièn colabore a los trìpulantes con la pronta recepciòn de pacientes y asignaciòn de camas hospitalarias, para asì lograr mayor operatividad de la unidad Mòvil.	-Se enviarà evidencia a los profesionales de enlace de turno de la gestiòn realizada en las instituciones de salud, al igual que se informara via radio al CRUE en tiempo real y en caso de que la gestiòn no sea efectiva se solicitarà apoyo de dichos funcionarios para apoyar la gestiòn.
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 reportarà al líder del programa de atención prehospitalaria, 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.	-A través del grupo de Whatsapp se solicitarà la creación de cada uno de los incidentes para llevar el control exacto de cada una de las atenciones, de igual manera se llevara registro en el libro de registro de atención de pacientes.
11	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	-Se cumplirà con las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	Recibir orden del supervisor y dar cumplimiento de la misma.

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	$ 8653200
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	31572963	-		
2024	**OCTUBRE**	**2024**	**11**	**13**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	SI	OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES	$ 3461280	$ 553805	**$ 0**
Salud		COMPENSAR		$ 432660	**$ 440000**
ARL	4	SURA		$ 0	**$ 0**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1004533**	**$ 440000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550492300021630

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIANA LILIAM RINCON DIAZ	2024-11-26 14:28:16
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2024-11-26 15:04:59
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-29 12:02:57
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 11:06:08

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

© Siasur - 2024

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DIANA LILIAM RINCON DIAZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-52824005
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-11-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-11-13
FECHA DE PAGO:	2024-11-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-10
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	31572963
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31572963
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 3.500.000	$ 0	$ 0	$ 2.500	$ 437.500	$ 440.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.500	$ 437.500	$ 440.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/12/2024

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 14:22:18
diana liliam rinc...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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 52824005 CTO 6345-2024.pdf	ARL SURA 52824005 CTO 6345-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	CTN N° 7688 - JULIO 2024 DIANA RINCON.pdf (Archivado)	CTN N° 7688 - JULIO 2024 DIANA RINCON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	AGOSTO 12 AL 31 CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON.pdf (Archivado)	AGOSTO 12 AL 31 CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	SEPTIEMBRE CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON.pdf (Archivado)	SEPTIEMBRE CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON.pdf	OCTUBRE CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON.pdf	AGOSTO CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON..pdf	SEPTIEMBRE CTN NO 6345-2024 DIANA RINCON..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >