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:**	2024-12-01	**Hasta:**	2024-12-06	
Nombre del Contratista:	ANA MARIA LOPEZ VERGARA		**Número de Documento:**	52278569	
Correo Electrónico:	anmalo_29@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3103444887	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6229-2024	**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	48	0	10814	$519072	110.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 519072**	**QUINIENTOS DIECINUEVE MIL SETENTA Y DOSPESOS**					

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	$ 1622100	2418
2	2024-10-01	2024-11-21	2	$ 1427448	2613
3	2024-11-21	2024-11-30	3	$ 519072	2760
4	2024-12-01	2024-12-06	4	$ 389304	2836
5	2024-12-01	2024-12-06	5	$ 129768	2836
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	AGOSTO	$ 1297680
2	SEPTIEMBRE	$ 1427448
3	OCTUBRE	$ 2595360
4	NOVIEMBRE	$ 1946520
5	DICIEMBRE	$ 519072

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3698388	**$ 7786080**	**$ 7786080**	**$ 0**

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.	-Prestar servicios como auxiliar de enfermería o tecnólogo para la unidad funcional de atención pre hospitalaria según programación de actividades mensuales.	-Programación de actividades mensuales.
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 atención de paciente bajo los lineamientos establecidos	-Historia clìnica
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.	-Lista de chequeo	-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.	-Correcto uso de los elementos tecnológicos (Celular institucional, Tablet…)	-Celular institucional, Tablet.
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	-Cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad	-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.	-Revisar periódicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil.	-Formato de inventario mensual, limpieza y desinfección.
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.	-Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención pre hospitalaria.	-Listados de asistencia, libro de novedades.

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 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 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 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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	31608242	-		$ 1946520
2025	NOVIEMBRE	2024	12	09				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTEPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 778608	$ 124577	**$ 208000**
Salud		SURA		$ 97326	**$ 162500**
ARL	4	SURA		$ 0	**$ 0**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 225967**	**$ 370500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	475000060339

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA VERGARA LOPEZ MARIA	2024-12-12 07:47:58
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2024-12-12 10:37:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-14 18:24:54
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-01-17 15:39:57

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANA MARIA LOPEZ VERGARA
IDENTIFICACIÓN:	CC-52278569
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-12-07
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-12-16
FECHA DE PAGO:	2024-12-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-11
PERÍODO SALUD:	2024-11
NÚMERO PLANILLA:	31608242
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31608242
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500	$ 370.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/01/2025

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 52278569 CTO 6229-2024.pdf	ARL SURA 52278569 CTO 6229-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	63 JULIO 2024 ANA lf (Archivado)	CTN N° 763 JULIO 2024 ANA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	12 AL 31 CTN NO 6229-2024 EZ.pdf (Archivado)	AGOSTO 12 AL 31 CTN NO 6229-2024 ANA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	BRE CTN NO 6229-2024 ANA lf (Archivado)	SEPTIEMBRE CTN NO 6229-2024 ANA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	12 AL 31 CTN NO 6229-2024 IA LOPEZ.pdf (Archivado)	AGOSTO 12 AL 31 CTN NO 6229-2024 ANA MARIA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	BRE CTN NO 6229-2024 ANA OPEZ.pdf (Archivado)	SEPTIEMBRE CTN NO 6229-2024 ANA MARIA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	E CTN NO 6229-2024 ANA lf	OCTUBRE CTN NO 6229-2024 ANA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTN NO 6229-2024 ANA OPEZ.pdf	AGOSTO CTN NO 6229-2024 ANA MARIA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	BRE CTN NO 6229-2024 - OPEZ.pdf	SEPTIEMBRE CTN NO 6229-2024 - ANA M LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	RE CTN NO 6229-2024 ANA lf	NOVIEMBRE CTN NO 6229-2024 ANA LOPEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >