| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-12-07 | **Hasta:** | 2024-12-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | CESAR STID PINEDA PELAEZ | | **Número de Documento:** | 1014241473 | |
| **Correo Electrónico:** | Stpineda8@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3138058751 | |
| **Nombre del Supervisor:** | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 8211-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 2836 |
| **Perfil:** | AUXILIAR EN ENFERMERIA | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V02TP295 | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS TUNAL | 180 | 36 | 10814 | $2335824 | 145.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2335824** | **DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATROPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2024-12-07 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-01-15 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | DICIEMBRE | $ 2335824 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 2725128** | **$ 2725128** | **$ 2335824** | **$ 389304** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|


***© Siasur - 2025***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 | 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 | 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 |
| 4 | 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 | 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 | 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 | 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. |
| 8 | 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 | 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 | 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. | -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. |


***© Siasur - 2025***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | 11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -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 DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 5300580312 |

**HISTÓRICO**

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | CESAR STID PINEDA PELAEZ | 2024-12-15 21:35:01 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | 2024-12-16 12:07:18 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | CESAR STID PINEDA PELAEZ | 2024-12-16 19:32:26 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | 2024-12-17 11:16:50 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-12-18 13:09:42 |
| 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 15:40:02 |

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 - 2025***

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Cesar Stid Pineda Pelaez, identificado(a) con CC número 1014241473, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1014241473 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Cesar Stid Pineda Pelaez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 09/03/1993 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/11/2016 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 187 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 181 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/11/2016 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1014241473 Trabajador Independiente
Desde 21/02/2019 - Vigente

Generado por interfaces 04/12/2024

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CESAR STID PINEDA PELAEZ identificado(a) con C.C No. 1.014.241.473, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 04 de diciembre del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Medellín, 13 de diciembre de 2024

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que CESAR STID PINEDA PELAEZ identificado(a) con C1014241473 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10142414732434877735

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **04/12/2024**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CESAR STID PINEDA PELAEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1014241473**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550005300580312** |
| Fecha de apertura | **15/07/2019** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 1014241473 CTO 6251-2024.pdf | ARL SURA 1014241473 CTO 6251-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 12 AL 31 CTN NO 6251-2024 INEDA.pdf (Archivado) | AGOSTO 12 AL 31 CTN NO 6251-2024 CESAR PINEDA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BRE CTN NO 6251-2024 INEDA.pdf (Archivado) | SEPTIEMBRE CTN NO 6251-2024 CESAR PINEDA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | E CTN NO 6251-2024 CESAR ›df | OCTUBRE CTN NO 6251-2024 CESAR PINEDA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTN NO 6251-2024 CESAR ›df | AGOSTO CTN NO 6251-2024 CESAR PINEDA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BRE CTN NO 6251-2024 INEDA P.pdf | SEPTIEMBRE CTN NO 6251-2024 CESAR PINEDA P.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ›RE CTN NO 6251-2024 INEDA.pdf | NOVIEMBRE CTN NO 6251-2024 CESAR PINEDA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de Uso Normativa Soporte Técnico

11:52

NOMBRES Y APELLIDOS:

Pregunta requerida

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

MEDICIÓN CONOCIMIENTO DERECHOS Y DEBERES PS-SC-ACC-FT-03 V2

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

OFICINAS Y DIRECCIONES

Pregunta requerida

CARGO (PERFIL):

Pregunta requerida

**A CONTINUACION POR FAVOR SELECCIONE**