| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-03-01 | **Hasta:** | 2025-03-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | LUIS FERNANDO MANCIPE PRIETO | | **Número de Documento:** | 79215900 | |
| **Correo Electrónico:** | fercho67_1@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3112131931 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 8239-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 2838 |
| **Perfil:** | CONDUCTOR DE AMBULANCIA | | | | |
| **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 | 240 | 0 | 9014 | $2163360 | 96.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2163360** | **DOS MILLONES CIENTOSESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2024-12-07 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-01-15 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2024-12-31 | 2025-02-14 | 1 | $ 2253500 | 53 |
| 2 | 2025-01-16 | 2025-02-14 | 2 | $ 2253500 | 53 |
| 3 | 2025-02-01 | 2025-03-31 | 3 | $ 3460704 | 312 |
| 4 | 2025-03-29 | 2025-04-30 | 4 | $ 1731360 | 628 |

| | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | DICIEMBRE | $ 1712660 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | ENERO | $ 2163360 |
| 3 | FEBRERO | $ 2055192 |
| 4 | MARZO | $ 2163360 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 2812368** | **$ 12511432** | **$ 8094572** | **$ 4416860** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1.Prestar servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) 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 de conductor de ambulancia según cronograma de actividades mensual | -programación de actividades mensual |
| 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 traslados, valoraciones y despachos 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 | -registros Aplicativo Tapptus |
| 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. | -Se realiza la entrega y recibo de turno en los tiempos establecidos para esta actividad, así mismo se reportan las novedades presentadas. | -formatos asignados por la uf sur para el diligenciamiento de los elementos de la móvil |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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 formularios de inspección pre operacional y de tipología vehicular (herramientas) adicional debe reportar las novedades de tipología y de funcionamiento del vehículo que se generen durante el desarrollo de las actividades. | -Se realiza el diligenciamiento de los registros requeridos en el aplicativo. | -registros Aplicativo Tapptus |
| 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. | -se acatan y se realizan los procedimientos ordenados por el medico de la tripulación y/o el medico regulador | -registros Aplicativo Tapptus |
| 6 | 6. Revisar de manera diaria el inventario de herramientas, 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 (inspección pre operacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de las mismas. | -Se realizan los inventarios mensuales de los elementos de la móvil, se realiza el apoyo a la revisión de las móviles | -formatos asignados por la uf sur para el diligenciamiento de los elementos de la móvil |
| 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. | -se asisten a las capacitaciones programadas por la coordinación de APH | -Certificaciones de asistencia |
| 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 la debida gestión para la liberacion oportuna de la camilla en las diferentes IPS, garantizando la disponibilidad de la movil. | -Base de datos generada del Formulario "Reporte de verificación y gestión de camilla" |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 9 | 9. El personal conductor 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 realizan las atenciones, traslados y/o valoraciones de acuerdo con los despachos indicados por la central de radio del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. | -Base de datos generada del Formulario "Creación de HC - Plataforma Mi Emergencia", registros Aplicativo Tapptus, bases de datos sistema SIDCRUE, bases de datos de atenciones, despachos y traslados entregados a la coordinacion del programa por la SCRUE |
| 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 9. | -Se hace el respectivo reporte de las atenciones, traslados y/o valoraciones de acuerdo a lo estipulado por la coordinacion del Programa APH. | -Base de datos generada del Formulario "Creación de HC - Plataforma Mi Emergencia", registros Aplicativo Tapptus |
| 11 | 11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionles. | -se cumplen con las demas actividades programadas por la coordinación del programa aph | -registros Aplicativo Tapptus |

## 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 | $ 2055192 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 5249364105 | - | | |
| **2025** | **FEBRERO** | **2025** | **03** | **11** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **DOS MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTONOVENTA Y DOSPESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 228800** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 177938 | **$ 178800** |
| ARL | 5 | SURA | | $ 0 | **$ 0** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 407600** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO AV VILLAS | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 426938812 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LUIS FERNANDO MANCIPE PRIETO | 2025-03-25 07:15:48 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-03-25 13:03:39 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LUIS FERNANDO MANCIPE PRIETO | 2025-03-25 16:43:37 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-03-26 10:44:26 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA | 2025-03-27 10:43:08 |
| 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 | 2025-04-14 16:20:34 |

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.



**NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA**
**DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79215900 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS FERNANDO MANCIPE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 99 NO 16 H 56 | TELÉFONO: | 2000000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de apoyo terapéutico. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **5249364105** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 7 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/03/11 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 201273 | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 0 | $ 227.800 | $ 1.000 | $ 228.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 227.800** | **$ 1.000** | **$ 228.800** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 800 | $ 0 | $ 178.000 | $ 800 | $ 0 | $ 178.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.000** | **$ 800** | **$ 0** | **$ 178.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 79215900 | MANCIPE PRIETO LUIS FERNANDO | INDEPEND | | $ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 407.600**

Planilla Pagada

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 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? 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | DICIEMBRE 07-31 2024 CTO 8239-2024 LUIS FERNANDO MANCIPE PRIETO.pdf | DICIEMBRE 07-31 2024 CTO 8239-2024 LUIS FERNANDO MANCIPE PRIETO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ENERO 2025 CTO 8239-2024 LUIS FERNANDO MANCIPE PRIETO.pdf | ENERO 2025 CTO 8239-2024 LUIS FERNANDO MANCIPE PRIETO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | FEBRERO 2025 CTO 8239-2024 LUIS FERNANDO MANCIPE PRIETO.pdf | FEBRERO 2025 CTO 8239-2024 LUIS FERNANDO MANCIPE PRIETO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >