

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------|------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2025-07-01 | Hasta: | 2025-07-31 |
| Nombre del Contratista: | DEYA VANEZA SALGUERO MORENO | | Número de Documento: | 1033730312 |
| Correo Electrónico: | Vane.102@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3108812626 |
| Nombre del Supervisor: | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | Cargo: | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código Grado: - |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|------|
| No. Contrato: | 8220-2024 | 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 | 166 | 0 | 10814 | \$1795124 | 89.2% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 1795124 | UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CIENTOVEINTICUATROPESOS | | | | | |

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 | \$ 2854896 | 47 |
| 2 | 2025-01-16 | 2025-02-14 | 2 | \$ 2854896 | 47 |
| 3 | 2025-02-01 | 2025-03-31 | 3 | \$ 2660244 | 313 |
| 4 | 2025-03-29 | 2025-04-30 | 4 | \$ 1881636 | 626 |
| 5 | 2025-04-24 | 2025-05-18 | 5 | \$ 0 | 0 |
| 6 | 2025-05-16 | 2025-05-31 | 6 | \$ 1665356 | 866 |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|--|---|---|---|--|------|
| 7 | 2025-05-26 | 2025-06-30 | 7 | \$ 1946520 | 896 |
| 8 | 2025-06-21 | 2025-07-30 | 8 | \$ 2595360 | 1064 |
| 9 | 2025-07-24 | 2025-08-31 | 9 | \$ 1968232 | 1268 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | | Mes Cuenta de Cobro | | Valor a Pagar | |
| 1 | | DICIEMBRE | | \$ 2595360 | |
| 2 | | ENERO | | \$ 2465592 | |
| 3 | | FEBRERO | | \$ 1816752 | |
| 4 | | MARZO | | \$ 1816752 | |
| 5 | | ABRIL | | \$ 1665356 | |
| 6 | | MAYO | | \$ 2076288 | |
| 7 | | JUNIO | | \$ 2487220 | |
| 8 | | JULIO | | \$ 1795124 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | PAGOS REALIZADOS | |
| \$ 3373968 | | \$ 21801108 | | \$ 16718444 | |
| SALDO DEL CONTRATO | | \$ 5082664 | | | |
| 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 auxiliar en enfermería 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. | - sí inherentes con el objetivo del contrato recibido | | - 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 | | - registro de atención bitácora de traslados | |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|--|--|---|
| 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 entrega y recibo de turno | - bitácora 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. | - se realiza desplazamiento a las diferentes direccionamientos por el cruce cumpliendo los tiempos | - libro de entrega y recibo de turno |
| 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 realiza desplazamiento las diferentes direccionamientos | - bitácora desplazamiento |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|----|--|--|---|
| 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. | - se realiza custodia durante el desarrollo de las actividades de los elementos asignados en la móvil | - aplicativo tactus |
| 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 asiste reuniones convocadas | - acta 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 cumple con las demás actividades programadas por el coordinador | - se envía la Jeff el jefe de enlace por medio de WhatsApp el registro |
| 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 día 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 dicho número de atenciones siempre y cuando el recurso humano hospitalario también colabore | - se envía al jefe de enlace por WhatsApp |
| 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. | - echándole se realiza dicho número de atenciones siempre y cuando el recurso humano hospitalario | -Echándole se realiza dicho número de atenciones siempre y cuando el recurso humano hospitalario colaboren igual Se informa vía radio al crue |
| 11 | 11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | - se cumplirá con las demás actividades asignadas por el supervisor | - se reciben órdenes del supervisor |

| 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 | \$ 2487220 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | JUNIO | 2025 | 07 | 10 | 874891330 | - | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | PROTECCIÓN | \$ 1423500 | \$ 227760 | \$ 227800 |
| Salud | | | | | COMPENSAR | | \$ 177938 | \$ 178000 |
| ARL | | | | 4 | SURA | | \$ 0 | \$ 0 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 413129 | \$ 405800 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4800420590 |

| HISTÓRICO | | |
|---|--------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | DEYA VANEZA SALGUERO MORENO | 2025-07-31 13:35:21 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | DEYA VANEZA SALGUERO MORENO | 2025-07-31 13:52:19 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-07-31 13:58:39 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-07-31 17:00:01 |

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

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1033730312 | DEYA VANEZA SALGUERO MORENO | | DG 68 D 70 C 31 SUR INT 13 AP 602 | 3865232 | vane.102@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 10/07/2025 | 87489133 | \$407.600 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 800 | 0 | 178.800 | 1 |

TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.000 | 0 | 228.800 | 1 |

TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|

TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| SENA | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud | 1 | 178.000 | 178.800 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 228.800 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 405.800 | 407.600 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|--|-------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1033730312 | DEYA VANEZA SALGUERO MORENO | | DG 68 D 70 C 31 SUR INT 13 AP 602 | 3865232 | vane.102@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD | | | | | | |
| NO | | | | | | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 10/07/2025 | 87489133 | \$407.600 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|-----|-----|------|-------|-----|-----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | ISA | IAS | IASP | IASP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 1033730312 | SALGUERO MORENO DEYA VANEZA | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA