| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-07-01 | **Hasta:** | 2025-07-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | YEINNY MARCELA NAVARRETE PEÑALOZA | | **Número de Documento:** | 1022972505 | |
| **Correo Electrónico:** | yeinny-kiss@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3213189396 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 8215-2024 | **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 | 176 | 0 | 10814 | $1903264 | 94.6% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1903264** | **UN MILLON NOVECIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATROPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 1946520 | 47 |
| 2 | 2025-01-16 | 2025-02-14 | 2 | $ 1946520 | 47 |
| 3 | 2025-02-01 | 2025-03-31 | 3 | $ 2530476 | 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 | $ 1676170 | 866 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 2025-05-26 | 2025-06-30 | 7 | $ 1946520 | 896 |
| 8 | 2025-06-21 | 2025-07-30 | 8 | $ 1946520 | 1064 |
| 9 | 2025-07-24 | 2025-08-31 | 9 | $ 1946604 | 1268 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | DICIEMBRE | $ 1557216 |
| 2 | ENERO | $ 1686984 |
| 3 | FEBRERO | $ 1816752 |
| 4 | MARZO | $ 1870822 |
| 5 | ABRIL | $ 1622100 |
| 6 | MAYO | $ 2076288 |
| 7 | JUNIO | $ 1816752 |
| 8 | JULIO | $ 1903264 |

| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **PAGOS REALIZADOS** | **SALDO DEL CONTRATO** |
|---|---|---|---|
| **$ 2595360** | **$ 18416326** | **$ 14350178** | **$ 4066148** |

| **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 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. | -1.Prestar servicio como técnico auxiliar de enfermería APH en la móvil que se me asignó. | -Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas. |
| 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. | -2.Se da respuesta oportuna al direccionamiento dado por el Centro Regulador en la atención de pacientes. ¿ | -Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas. |


***© Siasur - 2025***

| 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. | -3. Se realizo recibo y entrega de turno, se dio registro a las novedades que se presentaron manteniendo así la operatividad de la móvil. | -Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas. |
| 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. | -4. Se realiza registro de historia clínica según resolución 1995 de 1999. | -Historia clínica, formula médica, inventarios. |
| 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 | -5. Recibir órdenes y acatar directrices del líder de tripulación ya sea TAM o TAB, igualmente acatar órdenes del médico regulador. | -Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas |

| 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. | -6. Realizar inventario de insumos y medicamentos asignados a la móvil, portar el uniforme completo durante el desarrollo de las actividades, mantener la custodia de los equipos y demás elementos de la móvil asignada. | -Inventario, Kardex |
| 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. | -7. Asistir a capacitaciones virtuales y/o presenciale. | -7. Asistir a capacitaciones virtuales y/o presenciale. |
| 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. | -8. Se presta apoyo a móviles básicas que lo requieran y si hay llamados al centro regulador para revisión y verificación de equipos biomédicos. | -Historia clínica, formulas médicas, inventario, Kardex, libro de novedades médicas. |
| 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. | -9.Velar por el cumplimiento de los traslados, atenciones y despachos que se me piden durante mi turno. | -Registro en aplicativo tapptus, bitácora de traslado de pacientes. |
| 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. | -10. Reportar al líder del programa de atención prehospitalaria a través de la aplicación Tapptus, los despachos, servicios y valoraciones que se me asignen. | -Aplicativo tapptus. |
| 11 | 11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -11. cumplir con todas las actividades que me sean asignadas por mis jefes o superiores. | -Historia clínica, fórmulas médicas, inventario, Kardex, libro de novedades médicas, 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 | $ 1816752 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 1073526410 | - | | |
| **2025** | **JUNIO** | **2025** | **07** | **16** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | **UN MILLON OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS** | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 227800** |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 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 | 2670070438 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | YEINNY MARCELA NAVARRETE PEÑALOZA | 2025-08-01 11:22:11 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-08-01 11:27:54 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-08-01 11:32:14 |

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**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-30, 08:28:12 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1073526410

Periodo Cotización: junio de 2025 | Periodo Servicio: junio de 2025 | Referencia pago 8871916250

PAGADA 16/07/2025

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | YEINNY MARCELA NAVARRETE PEÑALOZA | | |
| Documento | CC1022972505 | Dirección | CR 17F #77 A - 11 SUR |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3213189396 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | NINGUNA ARP |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1022972505 | YEINNY MARCELA NAVARRETE PEÑALOZA | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230201) PROTECCION | $1,423,500 | $227,800 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $1,423,500 | $178,000 | 0.000 | $0 | $0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $405,800 |

## III. TOTALES

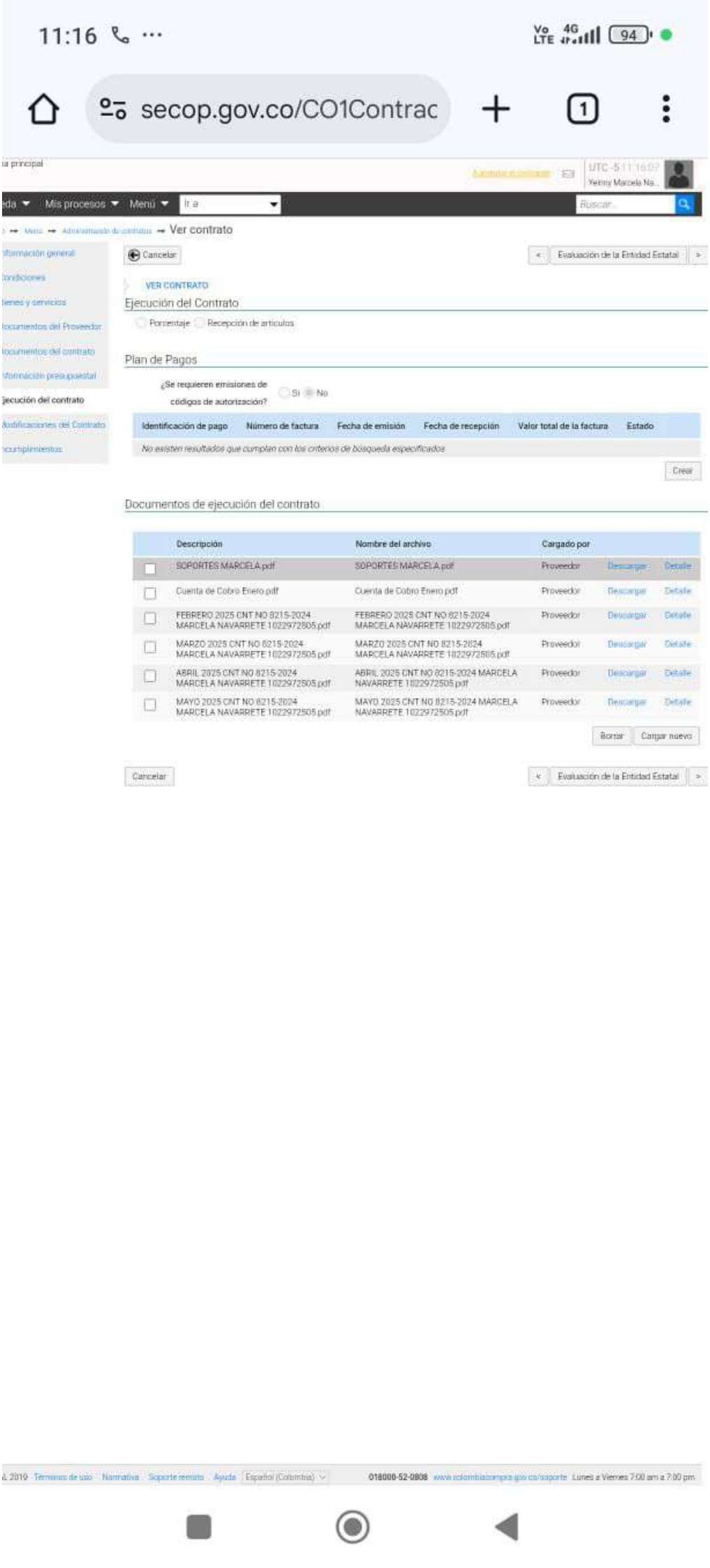
| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1,423,500 | $1,423,500 | $0 | $0 | $227,800 | $178,000 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $405,800 | $3,600 | $409,400 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.


11:16
secop.gov.co/CO1Contrac
Mis procesos
Menú
Ir a
Ver contrato
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
Identificación 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
SOPORTES MARCELA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Cuenta de Cobro Enero.pdf
FEBRERO 2025 CNT NO 8215-2024 MARCELA NAVARRETE 1022972505.pdf
MARZO 2025 CNT NO 8215-2024 MARCELA NAVARRETE 1022972505.pdf
ABRIL 2025 CNT NO 8215-2024 MARCELA NAVARRETE 1022972505.pdf
MAYO 2025 CNT NO 8215-2024 MARCELA NAVARRETE 1022972505.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Términos de uso
Normativa
Soporte remoto
Ayuda
018000-52-0808
Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

10:44 ···
funcionpublica.gov.co/fdc
YEINNY MARCELA NAVARRETE PEÑALOZA
Función Pública
Aplicativo por la Integridad pública
Declaro Publico Controlo
Inicio

# Mostrar Usuario

Usuario 1022972505 actualizado

## Información de usuario

| | |
|---|---|
| Tipo de documento de identidad: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| Número de documento de identidad: | 1022972505 |
| Primer nombre: | YEINNY |
| Segundo nombre: | MARCELA |
| Primer apellido: | NAVARRETE |
| Segundo apellido: | PEÑALOZA |
| Correo | |