

DATOS DEL INFORME

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------------|------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2025-08-01 | Hasta: | 2025-08-31 |
| Nombre del Contratista: | YADY PALOMO ROMERO | | Número de Documento: | 52534509 |
| Correo Electrónico: | yadypaloma@hotmail.com | | Número Telefónico: | 310888902 |
| Nombre del Supervisor: | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | Cargo: | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código - Grado: |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 5982-2025 | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 896 |
| 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 | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--|---|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| V02TP295 | DIRECCIÓN DE DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS TUNAL | 0 | 180 | 11163 | \$2009340 | 99.9% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2009340 | DOS MILLONES NUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTAPESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2025-06-18 | | | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-06-30 |
| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
| 1 | 2025-06-26 | 2025-07-30 | 1 | \$ 2011404 | 1064 |
| 2 | 2025-07-24 | 2025-08-31 | 2 | \$ 1881720 | 1268 |
| 3 | 2025-08-17 | 2025-10-31 | 3 | \$ 4089901 | 1376 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | | | Valor a Pagar | |
| 1 | JUNIO | | | \$ 778608 | |
| 2 | JULIO | | | \$ 1816752 | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | |
|--|--|--|--|
| 3 | AGOSTO | \$ 2009340 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 908376 | \$ 8891401 | \$ 4604700 | \$ 4286701 |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA | |
| 1 | <p>Prestar servicios como auxiliar en enfermería para el programa de traslado asistencial de pacientes y la 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.</p> | <p>-Prestar servicios como auxiliar de enfermería o tecnólogo para la unidad funcional de atención pre hospitalaria según programación de actividades mensuales.</p> | <p>-Programación de actividades mensuales.</p> |
| 2 | <p>Responder oportunamente 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.</p> | <p>-Se reciben los despachos generados por el CRUE generando oportunidad en la atención de paciente bajo los lineamientos establecidos</p> | <p>-Historia clínica</p> |
| 3 | <p>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.</p> | <p>-Lista de chequeo</p> | <p>-Libro de entrega y recibo de turno</p> |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | <p>Dar 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.</p> | <p>-Correcto uso de los elementos tecnológicos (Celular institucional, Tablet...)</p> | <p>-Celular institucional, Tablet.</p> |
| 5 | <p>Cumplir con las indicaciones del referente 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</p> | <p>-Cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad</p> | <p>-Registro de atención, libro de novedades.</p> |
| 6 | <p>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.</p> | <p>-Revisar periódicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil.</p> | <p>-Formato de inventario mensual, limpieza y desinfección.</p> |
| 7 | <p>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.</p> | <p>-Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención pre hospitalaria.</p> | <p>-Listados de asistencia, libro de novedades.</p> |

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

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|--|--|--|
| 8 | Gestionar oportunamente 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 gestión oportuna para la liberación de la camilla retenida, teniendo en cuenta que esta actividad no depende únicamente del tripulante de la móvil sino de la capacidad instalada con la que cuenta la institución en el momento de la gestión de liberación de camillas | -Se realizará 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 | Realizar 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 las actividades de la noche. Esta obligación es fundamental para garantizar la eficiencia y la continuidad del servicio de emergencias médicas | -Se realizaran dicho número de atenciones siempre y cuando el recurso humano hospitalario también colabore a los tripulantes con la pronta recepción de pacientes y asignación de camas hospitalarias, para así lograr mayor operatividad de la unidad Móvil. | -Se enviará evidencia a los profesionales de enlace de turno de la gestión realizada en las instituciones de salud, al igual que se informara via radio al CRUE en tiempo real y en caso de que la gestión no sea efectiva se solicitará apoyo de dichos funcionarios para apoyar la gestión. |
| 10 | Reportar al referente 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 reportará 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 solicitará 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 | ras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -Se cumplirá 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 | \$ 1816752 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | JULIO | 2025 | 08 | 15 | 88648336 | - | | |
| 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 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | \$ 1423500 | \$ 227760 | \$ 229300 |
| Salud | | | | | FAMISANAR | | \$ 177938 | \$ 179200 |
| ARL | | | | 4 | SURA | | \$ 0 | \$ 0 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 413129 | \$ 408500 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550488428541053 | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | | USUARIO | | FECHA | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | | YADY PALOMO ROMERO | | 2025-08-25 12:43:58 | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | | 2025-08-26 10:33:39 | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2025-08-27 12:40:04 | |

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 | 52534509 | YADY PALOMO ROMERO | | Calle 92 sur 10 - 22 | 9057186 | yadypaloma@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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 15/08/2025 | 88648336 | \$472.200 | |

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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 10 | 1.200 | 0 | 179.200 | 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 | |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 1.500 | 0 | 229.300 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 34.700 | | | | 34.700 | 10 | 300 | 35.000 | | | 347 | 35.000 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 28.500 | 10 | 200 | 28.700 | 1 |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 10 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 10 | 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 | 179.200 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 229.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 35.000 |
| CCF | 1 | 28.500 | 28.700 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 469.000 | 472.200 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------|----------------------|--------------|------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 52534509 | YADY PALOMO ROMERO | Calle 92 sur 10 - 22 | 9057186 | yadypaloma@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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 15/08/2025 | 88648336 | \$472.200 | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|------|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASAP | 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 | 52534509 | PALOMO ROMERO YADY | 59 | 0 | N | | R | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | CCF22 | 1.423.500 | 28.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

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

Documentos de ejecución del contrato

Datos guardados

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | |
|--|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> ARL SURA 52534509 CTO 5982-2025.pdf | ARL SURA 52534509 CTO 5982-2025.pdf | Comprador | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 25 CTO N° 5982-2025 _OMO.pdf | JUNIO 2025 CTO N° 5982-2025 YADY PALOMO.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 25 CTO N° 5982-2025 YADY .pdf | JULIO 2025 CTO N° 5982-2025 YADY PALOMO.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.
certifica que:

YADY PALOMO ROMERO

52534509

Cumplió satisfactoriamente con la:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

20 de agosto de 2025