

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-08-01	<b>Hasta:</b>	2025-08-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	NELSON CAMILO SILVA		<b>Número de Documento:</b>	1023941936
<b>Correo Electrónico:</b>	camilosilva9525@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3045607713
<b>Nombre del Supervisor:</b>	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	<b>Código Grado:</b> -

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	5233-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	313
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS TUNAL				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V02TP295	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	0	192	11163	\$2143296	106.6%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2143296</b>	<b>DOS MILLONES CIENTOCUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-03-20			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-03-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-03-29	2025-04-30	1	\$ 1946520	626
2	2025-04-24	2025-05-18	2	\$ 0	0
3	2025-05-16	2025-05-31	3	\$ 1946520	866
4	2025-05-26	2025-06-30	4	\$ 1946520	896
5	2025-06-21	2025-07-30	5	\$ 1924892	1064
6	2025-07-24	2025-08-31	6	\$ 2043930	1268

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2025-08-17	2025-10-31	7	\$ 4152745	1376
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>	
1		MARZO		\$ 778608	
2		ABRIL		\$ 1946520	
3		MAYO		\$ 1924892	
4		JUNIO		\$ 1914078	
5		JULIO		\$ 1914078	
6		AGOSTO		\$ 2143296	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>	
<b>\$ 778608</b>		<b>\$ 14739735</b>		<b>\$ 10621472</b>	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>SALDO DEL CONTRATO</b>	
<b>\$ 778608</b>		<b>\$ 14739735</b>		<b>\$ 4118263</b>	
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>		<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>	
1	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.	-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	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 clinica	
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		-Lista de chequeo Libro de entrega y recibo de turno	

	<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
4	<p>Dar un correcto y adecuado uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet incluyendo cargadores y 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>

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
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 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	El personal TAPH 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 actividad 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. 11. otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-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.

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	\$ 1914078	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	34079102	-			
2025	JULIO	2025	08	14					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS CATORCE MIL SETENTA Y OCHO PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	COLFONDOS	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 228100
Salud						SÁNITAS		\$ 177938	\$ 178300
ARL					4	SURA		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 406400</b>
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	24119889862		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					NELSON CAMILO SILVA LEON		2025-08-25 13:17:32		
RECHAZADO SUPERVISOR					NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA		2025-08-26 15:18:29		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					NELSON CAMILO SILVA LEON		2025-08-26 16:26:24		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA		2025-08-27 10:08:05		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-08-28 10:31:07		

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**

RAZÓN SOCIAL :	NELSON CAMILO SILVA LEON
IDENTIFICACIÓN:	CC-1023941936
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-08-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-08-14
FECHA DE PAGO:	2025-08-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2025-07
PERÍODO SALUD:	2025-07
NÚMERO PLANILLA:	34079102
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34079102
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 178.000	\$ 178.300
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 227.800	\$ 228.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 600	\$ 405.800	\$ 406.400

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/09/2025
----------------------------------	------------



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

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

### Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 1023941936 CTO 5233-2025.pdf	ARL SURA 1023941936 CTO 5233-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> MARZO CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	MARZO CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> ABRIL 2025 CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	ABRIL 2025 CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> MAYO 2025 CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	MAYO 2025 CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> JUNIO 2025 CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	JUNIO 2025 CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> JULIO 2025 CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	JULIO 2025 CTO N° 5233-2025 CAMILO SILVA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >



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

**NELSON CAMILO SILVA LEON**

**1023941936**

Cumplió satisfactoriamente con la:  
**INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025**

Para constancia se expide:

23 de agosto de 2025