

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-01-19	Hasta:	2026-01-31
Nombre del Contratista:	MARIA BERNARDA RICO REYES		Número de Documento:	52500509
Correo Electrónico:	mariabernardaricoreyes@gmail.com		Número Telefónico:	3192646375
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1680-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	7
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	Procentaje(%) Centro de Costos
V07TN1156	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	87	0	11519	\$1002153	116.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1002153	UN MILLON DOS MIL CIENTOCINCUENTA Y TRESPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-01-19	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-03-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 1002153	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5460000	\$ 5460000	\$ 1002153	\$ 4457847

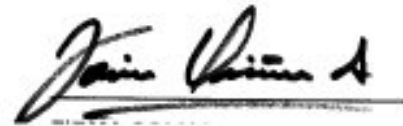
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
---	--	----------------------

1	1. Brindar atención inicial en primeros auxilios, mediante la aplicación de técnicas básicas y protocolos de atención prehospitalaria a los usuarios que presenten alteraciones en su estado de salud, como parte del apoyo a la respuesta institucional ante eventos de urgencia.	-Durante el mes de enero de 2026, se realiza atención a 2 pacientes en el área de primeros auxilios del portal 20 de julio.	-Registros de atención de pacientes.
2	2. Elaborar y diligenciar los registros de atención y documentación asociada, de manera oportuna y conforme a los criterios técnicos y de calidad definidos, como soporte de las actividades desarrolladas.	-Durante el mes de enero 2026, se diligencia 2 registros de atención de forma oportuna y bajo criterios de calidad	-Registros de atención de pacientes.
3	3. Aportar al bienestar de los usuarios atendidos en los nueve (9) portales del sistema articulado y en la sede administrativa, mediante la prestación del servicio de primeros auxilios conforme a los lineamientos establecidos.	-La atención de los pacientes se realiza de forma humanitaria, segura y siguiendo los protocolos definidos, dando un trato digno diferencial y brindando bienestar al paciente.	-Registros de atención de pacientes.
4	4. Dar cumplimiento a los protocolos y condiciones de bioseguridad, con el fin de contribuir al mantenimiento de condiciones higiénico-sanitarias adecuadas durante la atención de los usuarios.	-Durante la atención de los diferentes pacientes se cumple con las condiciones de bioseguridad y se realiza limpieza y desinfección rutinaria y terminal dependiendo el caso en el área de primeros auxilios del portal 20 de julio.	-Formatos de limpieza y desinfección.
5	5. Apoyar el alistamiento, marcación y disposición adecuada de los residuos biosanitarios generados en las áreas de primeros auxilios de los nueve (9) portales del sistema articulado, conforme a la normatividad aplicable.	-Se realiza disposición de los residuos biosanitarios de forma segura, realizando la debida marcación y alistamiento de los mismos.	-Registro de entrega de residuos biosanitarios a la empresa encargada.
6	6. Custodiar y hacer uso adecuado de los equipos biomédicos y elementos de primeros auxilios puestos a disposición para el desarrollo de las actividades, reportando oportunamente cualquier novedad relacionada con su estado o funcionamiento.	-Durante el recibo y entrega de turno se realiza verificación del Estado físico y funcionalidad de los diferentes equipos biomédicos y elementos que se encuentran en el área de primeros auxilios del portal 20 de julio.	-verificacion diaria
7	7. Verificar de manera periódica (quincenal) el estado, las fechas de vencimiento y las condiciones de almacenamiento de los insumos suministrados por TransMilenio S.A., incluyendo la semaforización correspondiente, así como el registro de temperatura y humedad relativa, dejando los soportes respectivos.	-Durante el mes de enero de 2026, se realiza inventarios de insumos verificando fechas de vencimiento y realizando la debida semaforizacion de los mismos. Se realiza registro diario de temperatura y humedad.	-Formato de inventarios y formato de registro de temperatura y humedad
8	8. Atender oportunamente los requerimientos formulados por el Supervisor del contrato, así como apoyar la activación de la Línea de Emergencias 123 cuando las condiciones del evento lo requieran, conforme a los protocolos establecidos.	-Durante el mes de enero de 2026, se realiza activación de de la línea 123 en 2 ocasiones por requerir apoyo y traslado de pacientes.	-registro de atención de pacientes, dejando evidencia de número de incidente y nombre de médico regulador.
9	9. Desarrollar las demás actividades propias del perfil contratado que guarden relación directa con la atención de primeros auxilios y que contribuyan al fortalecimiento de las actividades misionales del servicio, siempre que no impliquen subordinación ni funciones propias de un empleo de planta.	-Durante el mes de enero de 2026, se asiste a reuniones y orientaciones convocadas por la subred integrada de servicios de salud sur y se realiza cargue de registros de atención del mes de enero de 2026 en la plataforma tecnológica SIDCRUE de la Secretaría Distrital de salud.	-listado de asistencia de las diferentes reuniones u orientaciones convocadas. Información del SIDCRUE reposa en la plataforma y es custodia de la Secretaría Distrital de salud.

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550006700692814
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN		USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		MARIA BERNARDA RICO REYES		2026-01-27 09:57:47	
ACEPTADO SUPERVISIÓN		HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2026-01-27 16:39:31	
ACEPTADO CONTRATACIÓN		MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-01-28 12:39:43	
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		2026-02-16 14:41:06	

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.



HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS



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

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
<input type="checkbox"/> ARL POSITIVA 52500509 CTO 1680-2026.pdf	ARL POSITIVA 52500509 CTO 1680-2026.pdf	Proveedor

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de la afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, MARIA BERNARDA RICO REYES identificado(a) con CC 52500509 registra la siguiente información.

Datos del empleador	Datos de la Relación Laboral
Empresa Contratante 723 - Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Ese - NI. 900958564	Fecha de inicio de cobertura: 15-01-2026 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha inicio de contrato: 15-01-2026 Fecha fin de Contrato: 31-03-2026 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 día(s) del mes de Enero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
NIT. 860.011.153-8 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiera: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8184 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autoregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

D | D | M | M | A | A | A | A

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)
---	---	--	--	---	---	------------------------------------

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Baco Reyes Mana Bernarda	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 52500509	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad Colombiana
14. Lugar de nacimiento Bogotá	País Colombia	Departamento Cundinamarca	Municipio Bogotá	15. Fecha de nacimiento 11/03/1978	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Coltrados		23. Administradora de Pensiones A.T		24. Ingreso base de cotización - IBC 1425000		25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Cra 8F este #36c 64 sur - Cundinamarca Bogotá		3192646375 3192646375		manubernardavico@gmail.com		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres	28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino/Masculino	40. Sexo identificación F, M, T, NB, Otro, Cual	41. Lugar de nacimiento País, Departamento, Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBÉN NIVEL GRUPO	49. Discapacidad SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CATEGORÍA DISCAPACITADO	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								
Dirección		Localidad / Comuna				Correo electrónico		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

20/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIA BERNARDA RICO REYES** con **Cédula de Ciudadanía** número **52500509**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550006700692814
Fecha de apertura	15/11/2013

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA BERNARDA RICO REYES identificado(a) con C.C No. 52.500.509, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 09 de diciembre del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo