

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

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|---------------|-------------------------------|------------------------|--|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2026-02-01 | Hasta: | 2026-02-28 | |
| Nombre del Contratista: | ROMERO ROMAN GUILLERMO | | Número de Documento: | 80779603 | |
| Correo Electrónico: | guillo-39@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3115707163 | |
| Nombre del Supervisor: | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | Cargo: | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código - Grado: | |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 1797-2026 | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 278 |
| Perfil: | APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (TRASLADOS) | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS SAN JUAN DE SUMAPAZ | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| V02TS | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | TRASLADO SECUNDARIO | 240 | 0 | 12305 | \$2953200 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2953200 | DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|--|----------------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2026-01-27 | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar | |
| 1 | ENERO | \$ 393760 | |
| 2 | FEBRERO | \$ 2953200 | |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 15258200 | \$ 15258200 | \$ 3346960 | \$ 11911240 |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|--|--|
| 1 | .Prestar servicios de apoyo a la gestión operativa en la conducción de ambulancia, de manera autónoma y conforme a las necesidades del servicio definidas por LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable. | -Prestar servicios como conductor de ambulancia en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta. | -Bitácora de traslados, historias clínicas, libro de novedades. |
| 2 | Dar cumplimiento a las recomendaciones, guías, protocolos y lineamientos técnicos expedidos por la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría Distrital de Movilidad y demás autoridades competentes que regulan la operación del transporte asistencial en salud. | -Se asiste a las capacitaciones realizadas por el área de transportes de la Subred, se adjuntan recibos de pago, paz y salvo Runt, Simit mensual. | -Listados de asistencia capacitaciones, copia mensual de paz y salvo y/o acuerdos de pago. |
| 3 | Contribuir al desarrollo, revisión o actualización de formatos, guías, protocolos y procedimientos institucionales relacionados con la operación del servicio de ambulancia, cuando sea requerido, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad. | -Se aplican normas de bioseguridad según lo estipulado danto cumplimiento a los protocolos de bioseguridad establecidos por la Subred. | -Libro de bitácora |
| 4 | Velar por el mantenimiento de las condiciones higiénico-sanitarias y de bioseguridad del vehículo asignado, en el marco de la prestación del servicio contratado y conforme a los procedimientos establecidos. | -Realizar entrega de la móvil debidamente organizada y aseada al compañero que reciba turno, siguiendo los protocolos de limpieza y desinfección de la Subred. | -Formato cambio de turno |
| 5 | Apoyar la gestión relacionada con el mantenimiento preventivo y correctivo de la ambulancia, conforme a la programación definida por la Entidad y a los reportes técnicos que correspondan, sin asumir funciones administrativas permanentes. | -Se realiza diligenciamiento de formato establecido por la coordinación para la solicitud a tiempo de mantenimiento preventivo y correctivo de la unidad móvil. | -Formato de solicitud |
| 6 | .Conducir el vehículo de emergencia dando estricto cumplimiento a las normas de tránsito y seguridad vial establecidas en la normatividad legal vigente y en los lineamientos aplicables al transporte asistencial. | -Informar a la coordinación las novedades del funcionamiento del vehículo, se registra en el libro de entrega de turno. | -Libro de conductores |
| 7 | Brindar apoyo operativo a la tripulación asistencial, cuando la naturaleza del servicio así lo requiera, dentro del marco del objeto contractual y respetando los roles técnicos definidos. | -Apoyar a los compañeros tripulantes durante el turno en actividades que requieran de su colaboración teniendo en cuenta la seguridad de la unidad móvil. | -Historia clínica |
| 8 | Registrar y mantener actualizada la bitácora de novedades del servicio, consignando de manera clara y oportuna la información relacionada con la operación del vehículo y los eventos relevantes del servicio. | -Informar a la coordinación las novedades del funcionamiento del vehículo, se registra en el libro de entrega de turno | -Libro de novedades |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|---|--|--|
| 9 | .Atender los canales de comunicación operativa, incluyendo la radio o los medios definidos, siguiendo las orientaciones técnicas de coordinación del servicio, exclusivamente para efectos de la adecuada prestación del mismo y sin que ello implique subordinación laboral. | -Estar atento a la frecuencia en compañía de la tripulación de la unidad móvil para dar respuesta oportuna al llamado del despacho | -Historia clínica y bitácora de despachos |
| 10 | Disponerse operativamente en el punto o base definida por la autoridad competente, para efectos de la atención del despacho correspondiente, conforme a los lineamientos del servicio y a las condiciones pactadas contractualmente. | -Estar a disponibilidad de la Subred Sur, al jefe de Referencia y contrarreferencia según las indicaciones dadas desde la coordinación del área. | -Actas de verificación y seguimientos a las unidades móviles |
| 11 | Ejecutar otras actividades propias del perfil de conductor de ambulancia, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E | -Direccionamiento brindado por la jefe del área | -Actas de cumplimiento |

| 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 | |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2026 | ENERO | 2026 | 02 | 11 | 3604486 | - | \$ 2047760 | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | DOS MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS | | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | PORVENIR | \$ 1750905 | \$ 280145 | \$ 280200 |
| Salud | | | | | COMPENSAR | | \$ 218863 | \$ 218900 |
| ARL | | | | 4 | SURA | | \$ 0 | \$ 0 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 508148 | \$ 499100 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4570203960 |

| HISTÓRICO | | |
|--|--------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUILLERMO ROMERO ROMAN | 2026-02-22 14:24:04 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2026-02-24 17:50:26 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2026-02-28 14:07:30 |
| 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 | 2026-03-11 12:44:00 |

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 | 80779603 | GUILLERMO ROMERO ROMAN | | C 93 sur # 4-45 | 9104595 | guillo-39@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 | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 11/02/2026 | 3604486 | \$501.800 | |

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 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 1.200 | 0 | 220.100 | 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 |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1.500 | 0 | 281.700 | 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 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 8 | 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 | 218.900 | 220.100 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 281.700 |
| 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 | 499.100 | 501.800 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 80779603 | GUILLERMO ROMERO ROMAN | | C 93 sur # 4-45 | 9104595 | guillo-39@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 | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 11/02/2026 | 3604486 | \$501.800 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|------|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Colom. 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 | 80779603 | ROMERO ROMAN GUILLERMO | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.750.905 | 218.900 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



- 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

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> enero-2892-2025.pdf | enero-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> enero-2255-2024.pdf | enero-2255-2024.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> febrero-2892-2025.pdf | febrero-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> marzo-2892-2025.pdf | marzo-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> mayo-2892-2025.pdf (Archivado) | mayo-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> abril-2892-2025.pdf | abril-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> mayo-2892-2025 (1).pdf | mayo-2892-2025 (1).pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> junio-2892-2025.pdf | junio-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> julio-2892-2025.pdf | julio-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> agosto-2892-2025.pdf | agosto-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> septiembre-2892-2025.pdf | septiembre-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> octubre-2892-2025.pdf | octubre-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> noviembre-2892-2025.pdf | noviembre-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> diciembre-2892-2025.pdf | diciembre-2892-2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> enero-2892-2026.pdf | enero-2892-2026.pdf | Proveedor Descargar Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >