Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** JAMIDT INFANTE PEDRAZA
**No. Identificación:** CC80054093
**Dirección:** CALL 17 A SUR 30 60
**Telefono:** 3029311
**Correo:** noselodigoaph@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 55384240

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | JAMIDT INFANTE PEDRAZA | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC80054093 | **Periodo de Cotización Salud** | febrero de 2026 |
| **Número de planilla** | 55384240 | **Periodo de Cotización Pensión** | febrero de 2026 |
| **Fecha pago** | 2026-03-10 | **Número de Administradoras** | 2 |
| **Número de autorización pago** | 2175831 | **Total Pagado** | 499100 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 280200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 218900 | 1 |

55384240

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80054093
APELLIDOS Y NOMBRES: JAMIDT INFANTE PEDRAZA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 1750905 | 1750905 | 0 | 0 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 0 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2026-02-01 | **Hasta:** | 2026-02-28 | |
| **Nombre del Contratista:** | JAMIDT INFANTE PEDRAZA | | **Número de Documento:** | 80054093 | |
| **Correo Electrónico:** | noselodigoaph@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3246869737 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 8029-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1846 |
| **Perfil:** | CONDUCTOR DE AMBULANCIA | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V02TP656 | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS TUNAL | 246 | 0 | 9305 | $2289030 | 99.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2289030** | **DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TREINTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-11-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-11-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2025-11-27 | 2026-01-09 | 1 | $ 2945343 | 1940 |
| 2 | 2025-12-11 | | 2 | $ 395152 | 2092 |
| 3 | 2025-12-11 | | 3 | $ 395152 | 2092 |
| 4 | 2026-01-02 | 2026-03-31 | 4 | $ 6699600 | 9 |

| | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | NOVIEMBRE | $ 2633315 |


***© Siasur - 2026***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | DICIEMBRE | $ 2568180 |
| 3 | ENERO | $ 2791500 |
| 4 | FEBRERO | $ 2289030 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 2307640** | **$ 12742887** | **$ 10282025** | **$ 2460862** |

| 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 apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional 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. | -Se prestan servicios como conductor de ambulancia según cronograma de actividades mensual | -Producto de actividades mensual |
| 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 traslados, valoraciones y despachos 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 la oportunidad en la atención de pacientes bajo los lineamientos establecidos | -Registro de atención, bitácora de traslados |
| 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 moviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carne de la Subred y de Misión Medica) durante el desarrollo de las actividades contractuales. | -Se realiza la entrega y recibo de turno según los lineamientos de la Subred Sur | -Link de entrega y recibo de turno |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | 4. Dar un correcto y adecuado uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet incluyendo cargadores y equipos de radiocomunicaciones y sus accesorios) asignados a las unidades moviles adscritas al programa de atención prehospitalaria para el desarrollo de las actividades, asi como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los formularios de inspección pre operacional y de tipología vehicular (herramientas) adicional debe reportar las novedades de tipología y de funcionamiento del vehículo que se generen durante el desarrollo de las actividades. | -Se realiza el desplazamiento a los diferentes direccionamientos dados por el CRUE cumpliendo los tiempos establecidos | -Bitácora de desplazamiento |
| 5 | 5. Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (medico en las unidades moviles 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, asi mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las moviles 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. | -Se realiza custodia durante el desarrollo de las actividades de los elementos asignados a la móvil | -link de novedades |
| 6 | 6. Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, 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 (inspección pre operacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de las mismas. | -Se asiste a las reuniones convocadas por la coordinación | -Listado de asistencia |
| 7 | 7. Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias 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. | -Se cumplen con las demás actividades programadas por la coordinación del programa APH | -Link de novedades, link de recibo y entrega de turno |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 8 | 8. Velar por el estado general del vehículo para garantizar su óptimo funcionamiento antes (lista preoperacional) y durante el turno, así mismo mantener limpio y en orden el vehículo ya que contribuye a un ambiente de trabajo más seguridad y cómodo. | -realizar gestión de liberación de camilla durante el tiempo establecido, con el personal a cargo de la recepción del paciente en la institución asignada. | - Liberación de camilla, registro de atencion |
| 9 | 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 la actividad. Esta obligación es fundamental para garantizar la eficiencia y la continuidad del servicio de emergencias médicas. | -cumplir con la meta asignada | -realizar registro en la aplicación asignada para el mismo |
| 10 | 10. Reportar al líder del servicio de traslado de pacientes y de la atención prehospitalaria o a quien el designe, el inicio de la operación del vehículo de emergencias y las novedades que se presenten durante el desarrollo de las actividades, garantizando el tiempo efectivo de la operación para el cumplimiento de los indicadores del convenio. | -realizar registro y notificación | -realizar registro en la aplicación asignada para el mismo al líder del programa, o persona asignada, en aplicación designada |
| 11 | 11. Notificar al profesional designado sobre las necesidades de mantenimientos preventivos y correctivos del vehículo de manera. | -Registro por libro y/o aplicación de bitácoras | -Link de novedades, link de recibido y entrega de turno. |
| 12 | 12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Se revisaran las novedades registradas, se verificó el estado de los equipos y se realizó el seguimiento correspondiente a las situaciones reportadas. | -Se mantuvo comunicación activa con el personal y se aseguraron las condiciones necesarias para la continuidad del servicio. |

## 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 | $ 2791500 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 41561711 | - | | |
| 2026 | ENERO | 2026 | 02 | 23 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 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 | 452900106009 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JAMIDT INFANTE PEDRAZA | 2026-02-23 17:34:08 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JAMIDT INFANTE PEDRAZA | 2026-02-24 14:05:48 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2026-02-24 15:41:23 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2026-02-26 18:03:38 |
| 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 12:39:04 |

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**

# Percepción de ambiente organizacional (contratistas)




Este enlace está dirigido a las personas contratistas vinculadas a las entidades y organismos del Distrito Capital y corresponde a la medición distrital de clima laboral y ambiente organizacional 2026, un ejercicio institucional que permite conocer la percepción sobre las condiciones de trabajo, las relaciones laborales, la comunicación, el acompañamiento institucional y el entorno organizacional. Su propósito es generar información confiable que oriente la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejora a nivel institucional y distrital, en el marco de la Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano. La información recolectada es confidencial, se analiza de forma agregada y contribuye al fortalecimiento del bienestar, la calidad de vida laboral y la gestión pública en el Distrito Capital.

**Fecha inicio medición:** 2026-02-27 07:00:00 **Fecha fin medición:** 2026-05-31 23:59:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento (**2026-03-10 15:50:45**), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.



**Dirección:** Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia
**Teléfono:** (+57) 601 3680038
**E-mail:** bienestar@serviciocivil.gov.co