

**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>	2026-03-01	<b>Hasta:</b>	2026-03-31	
<b>Nombre del Contratista:</b>	ROMERO ROMAN GUILLERMO		<b>Número de Documento:</b>	80779603	
<b>Correo Electrónico:</b>	guillo-39@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3115707163	
<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>	1797-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	278
<b>Perfil:</b>	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (TRASLADOS)				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	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%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2953200	DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 15258200	\$ 15258200	\$ 6300160	\$ 8958040

	<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	.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

<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>
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	\$ 2953200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	FEBRERO	2026	03	11	67013458	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS 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		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 499100</b>
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		2026-03-18 13:53:27		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA		2026-03-23 22:37:29		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA		2026-03-27 12:35:37		
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		2026-04-13 18:29:04		

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	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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67013458	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$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
<b>SENA</b>				
0	8	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	8	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

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
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>499.100</b>	<b>501.800</b>

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67013458	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$501.800	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsego	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	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	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



Inicio → Mis procesos → 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

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> febrero-1797-2026.pdf	febrero-1797-2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar    Cargar nuevo

Cancelar    < Evaluación de la Entidad Estatal >