

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-30	
Nombre del Contratista:	NANCY PAULINA ALMANZAR ANGEL		Número de Documento:	52170576	
Correo Electrónico:	nancybiris@hotmail.com		Número Telefónico:	3168253613	
Nombre del Supervisor:	ANA MILENA BAYONA GOMEZ	Cargo:	EFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO ENCARGO	Código Grado:	- 219-15

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4475-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	819
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V04UI392	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	USS CANDELARIA I	\$1926528	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1926528	UN MILLON NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHOPESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-04-16		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-05-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-05-15	2026-06-30	1	\$ 1796086	1103
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ABRIL		\$ 963264	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 3020234	\$ 4816320	\$ 963264	\$ 3853056

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Apoyar el ingreso de los usuarios al vehículo, especialmente a aquellos con movilidad reducida haciendo uso de rampa de ser requerido, verificando la seguridad al interior del vehículo, para que cada usuario use de manera adecuada el cinturón de seguridad antes de iniciar y durante el recorrido.	-Brindar asistencia a los usuarios durante el ingreso al vehículo, prestando especial atención a personas con movilidad reducida mediante el uso adecuado de la rampa, en caso de ser necesario. Verificar que todos los pasajeros estén correctamente ubicados y asegurados con el cinturón de seguridad antes de iniciar el recorrido y supervisar que se mantenga su uso durante todo el recorrido, garantizando así la seguridad dentro del vehículo.	--Usuarios abordados de forma segura, con apoyo efectivo a personas con movilidad reducida, y uso correcto del cinturón de seguridad verificado antes y durante el recorrido.
2	2. Orientar, vigilar y acompañar al usuario durante el traslado en la Ruta de la Salud, prestando especial atención a usuarios oxígeno dependientes con bala portátil, usuarios con diálisis, usuarias posparto, niños y niñas plan canguro.	-Brindar orientación, vigilancia activa y acompañamiento permanente a los usuarios durante su traslado en la Ruta de la Salud, garantizando condiciones de seguridad, comodidad y atención diferencial. Se deberá prestar especial atención a usuarios con condiciones de salud sensibles, como oxígeno-dependientes con bala portátil, pacientes en tratamiento de diálisis, mujeres en posparto, y niños y niñas en plan canguro. Esta actividad incluye la verificación del estado general del usuario antes, durante y después del traslado y el cumplimiento de protocolos de atención humanizada.	-Acompañamiento de los usuarios durante el traslado, con énfasis en la atención diferenciada a los grupos priorizados, reportes de novedades durante el recorrido, y evidencia fotográfica o documental (si aplica).
3	3. Aplicar guías de manejo institucional, protocolo de desinfección, manual de bioseguridad durante la operación de la ruta de la salud.	-Aplicación práctica de las guías de manejo institucional, protocolo de desinfección y manual de bioseguridad en el desarrollo diario de la Ruta de la Salud. Esta actividad incluye la verificación del estado y limpieza del vehículo antes y después de cada recorrido, el uso adecuado de elementos de protección personal (EPP).	-Registro del formato que evidencie la aplicación de las guías de manejo institucional, protocolo de desinfección y manual de bioseguridad durante la operación de la Ruta de la Salud.
4	4. Dar manejo y notificar incidentes y eventos adversos derivados del traslado en la Ruta, de acuerdo a los protocolos de seguridad del paciente.	-Garantizar la seguridad del paciente durante el traslado en la ruta mediante la identificación, manejo oportuno y notificación adecuada de incidentes y eventos adversos, siguiendo los protocolos establecidos.	- Reporte cuando aplique de incidentes y eventos adversos.
5	5. Gestionar la programación de la ruta asignada, cumpliendo con los recorridos para garantizar el acceso de los usuarios al Servicio en Salud.	-Realizar la programación diaria de la ruta asignada, asegurando el cumplimiento estricto de los recorridos establecidos. Esto implica cumplir horarios y verificar puntos de parada para garantizar que los usuarios tengan acceso oportuno y eficiente al Servicio en Salud.	-Registro de cumplimiento de recorridos (fotos)
6	6. Anunciar personalmente la llegada y salida de la Ruta de la Salud en todos los centros de atención donde acuda el vehículo, tanto a los funcionarios como los usuarios que se encuentran en cada unidad.	-El responsable deberá anunciar de manera personal la llegada y la salida del vehículo de la Ruta de la Salud en todos los centros de atención donde se preste el servicio. Este anuncio debe realizarse a los usuarios presentes en cada sala de espera del centro de salud, con el fin de informar oportunamente el recorrido de la ruta.	-Registro fotográfico de llegada y salida de la ruta.
7	7. Realizar limpieza y desinfección por lo menos dos veces al día del interior de los vehículos de acuerdo a los protocolos institucionales establecidos	-Realizar la limpieza y desinfección del interior de los vehículos asignados, siguiendo los protocolos institucionales establecidos, con una frecuencia mínima de dos veces al día.	-Registro del formato que evidencie la aplicación de las guías de manejo institucional, protocolo de desinfección y manual de bioseguridad durante la operación de la Ruta de la Salud.
8	8. Diligenciar de forma adecuada los formatos del programa, registrando de manera legible, los datos de los usuarios y acompañantes en las planillas respectivas y entregar oportunamente como soporte verificable del traslado realizado	-Diligenciar correctamente los formatos establecidos por el programa, asegurando el registro claro y legible de los datos de los usuarios y sus acompañantes en las planillas correspondientes. Posteriormente, entregar estos documentos de manera oportuna como soporte verificable del traslado realizado, garantizando la trazabilidad y cumplimiento de los procesos administrativos.	-Planillas o formatos diligenciados y entregados oportunamente, que contienen los datos legibles y completos de los usuarios y acompañantes, sirviendo como soporte verificable del traslado realizado.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Realizan agendamiento de los usuarios que soliciten el servicio.	-Realizar el agendamiento de los usuarios que soliciten el servicio, registrando correctamente sus datos la fecha y hora asignadas para la prestación del servicio, garantizando una atención organizada y oportuna.	-Realizar el agendamiento de los usuarios que soliciten el servicio, registrando correctamente sus datos la fecha y hora asignadas para la prestación del servicio, garantizando una atención organizada y oportuna.
10	10. Participar en las reuniones en las cuales sean convocados y desarrollar las capacitaciones propuestas por la Subred Sur.	--Asistir puntualmente a todas las reuniones convocadas por la Subred Sur. Además asistir a las capacitaciones convocadas por la Subred y/o programa.	-Se asistió a la ULC del Programa Ruta de la Salud. -Se realizó el curso correspondiente al mes certificado.

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	1081200371	-			\$ 963264
2026	ABRIL	2026	05	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATROPESOS				
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					FAMISANAR		\$ 218863		\$ 218900
ARL				4	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		\$ 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	0570450270091132		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					NANCY PAULINA ALMANZAR ANGEL		2026-05-25 13:07:20		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					ANA MILENA BAYONA GOMEZ		2026-05-26 14:37:11		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-05-28 17:44:06		

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.

ANA MILENA BAYONA GOMEZ
EFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y
SERVICIO AL CIUDADANO ENCARGO

PAGADO 10/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NANCY PAULINA ALMANZAR ANGEL		
Documento	CC52170576	Dirección	CL 60 SUR #96 - 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7837380
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	UST	IGE	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52170576	NANCY PAULINA ALMANZAR ANGEL	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100	\$ 0	\$ 499.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Certifica que:



Nancy Paulina Almanzar Angel

Identificado con Cédula de Ciudadanía número 52170576



Culminó con éxito el MOOC:

**Enfoque de género: acciones para prevenir
las violencias hacia las mujeres**

Con una intensidad de 48 horas

Expedido a los 3 días del mes de mayo de 2026

Jose Leonardo Valencia
RECTOR NACIONAL

Martha Patricia Castellanos
VICERRECTORA ACADÉMICA



VERIFICAR

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

1 Información general

Volver

Evaluar proveedor

Imprimir

Modificar

<

>

2 Condiciones

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fa
------------	-------------------	------------------	--------------------	--------------------------	----------------------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	3.020.234,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	3.020.234,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	3.020.234,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐ CTO 4475-2026 ABRIL 2026.pdf	CTO 4475-2026 ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar Detalle
			BorrarCargar nuevo

Volver

Evaluar proveedor

Imprimir

Modificar

<

>