| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-03-01 | **Hasta:** | 2024-03-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | ADRIANA CAROLINA MARTINEZ GARZON | | **Número de Documento:** | 1032472610 | |
| **Correo Electrónico:** | ELITE0625@HOTMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3217115581 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 7529-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 3412 |
| **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 | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V02TP122 | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | APH | 180 | 76 | 10814 | $2768384 | 137.6% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2768384** | **DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-11-08 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-12-31 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-12-01 | 2024-01-31 | 1 | $ 2011404 | 3998 |
| 2 | 2024-01-01 | 2024-03-17 | 2 | $ 4671648 | 300 |
| 3 | 2024-03-01 | 2024-05-29 | 3 | $ 5753048 | 845 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | NOVIEMBRE | | $ 1492332 | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | DICIEMBRE | $ 2465592 |
| 3 | ENERO | $ 2638616 |
| 4 | FEBRERO | $ 2206056 |
| 5 | MARZO | $ 2768384 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 4022808** | **$ 16458908** | **$ 11570980** | **$ 4887928** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios como auxiliar de enfermería 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 cumple con las actividades asignadas por la coordinación del programa | -libro de novedades, libro de recibo y entrega de turno |
| 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 valoración, evaluación y entrega del paciente 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 oportunidad en la atención de pacientes bajo los lineamientos establecidos | - registro de atención, bitácora de traslados |
| 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 móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales. | -Se realiza la entrega y recibo de turno en los tiempos establecidos para esta actividad, así mismo se reportan las novedades presentadas. | -libro 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 | Dar un correcto y adecuado uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet incluyendo cargadores y radiocomunicaciones) asignados a las unidades móviles adscritas al programa de atención prehospitalaria para el desarrollo de las actividades, así 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 registros asistenciales de traslados y/o atenciones (no mayor a 2 horas), módulos de reportes, solicitud de insumos medico quirúrgicos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades. | -Se realizan los inventarios mensuales de los insumos y elementos de la móvil, de igual forma se realiza el kardex diario de los insumos. | -formato de inventario mensual y de Kardex |
| 5 | Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles 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, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles 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 acatan y se realizan los procedimientos ordenados por el médico de la tripulación y/o el medico regulador | -registros de atención, libro de novedades |
| 6 | Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de la aplicación los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil, 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 (inventario mensual, registro de bitácoras y registros asistenciales durante el mes) y revisión del cumplimiento de las mismas. | -Se realizan los inventarios mensuales de los insumos y elementos de la móvil, de igual forma se realiza el kardex diario de los insumos. | -formato de inventario mensual y de Kardex |
| 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 asisten a las reuniones programadas por la coordinación de APH | -lista de asistencia |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 8 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato. | -se cumple con actividades relacionadas en el proceso | -Informe |


***© Siasur - 2024***

## 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 | $ 2206056 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 9463101702 | - | | |
| **2024** | **FEBRERO** | **2024** | **03** | **08** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **DOS MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL CINCUENTA Y SEISPESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 208000** |
| Salud | | NUEVA EPS | | $ 162500 | **$ 163000** |
| ARL | 4 | SURA | | $ 0 | **$ 0** |
| Caja de Compensación | SI | COLSUBSIDIO | **Total** | **$ 377286** | **$ 371000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 1000139061 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ADRIANA GARZON MARTINEZ CAROLINA | 2024-03-22 12:03:59 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARCELA RUBIANO MARTINEZ | 2024-03-26 16:16:05 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-03-29 12:41:06 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-04-12 14:41:40 |

**LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO**

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1032472610 | | MARTINEZ GARZON ADRIANA CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Transversal 6 c este 32 c 16 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4665753 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 502620557 | 9463101702 | I | 2024/03/05 | 2024/03/08 | BANCO DAVIVIENDA | 3 | $371,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Codigo | Dias | Codigo | Días | Codigo | Días | Días | Exonerado SENA e ICBF |
| 1 | CC | 1032472610 | MARTINEZ GARZON ADRIANA CAROLINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | EPS037 | 30 | | 0 | | 0 | 0 | No |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1032472610 | | MARTINEZ GARZON ADRIANA CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Transversal 6 c este 32 c 16 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4665753 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 502620557 | 9463101702 | I | 2024/03/05 | 2024/03/08 | BANCO DAVIVIENDA | 3 | $371,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $600 | $0 | $208,600 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $208,000 | $600 | $0 | $208,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $500 | $0 | $163,000 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $162,500 | $500 | $0 | $163,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $370,500 | $1,100 | $0 | $371,600 |

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 | | |
|---|---|---|---|---|
| ARL 1032472610 CTO 7529-2023.pdf | ARL 1032472610 CTO 7529-2023.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| NOVIEMBRE CTN NO 7529-2023 CAROLINA MARTINEZ 19 (1).pdf | NOVIEMBRE CTN NO 7529-2023 CAROLINA MARTINEZ 19 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| DICIEMBRE CTN NO 7529-2023 CAROLINA MARTINEZ 117.pdf | DICIEMBRE CTN NO 7529-2023 CAROLINA MARTINEZ 117.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ENERO CTN NO 7529-2024 CAROLINA MARTINEZ 139.pdf | ENERO CTN NO 7529-2024 CAROLINA MARTINEZ 139.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| FEBRERO CTO 7529-2023 | Informe de Actividades Número 176462.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >