| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-11-01 | **Hasta:** | 2024-11-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | ANDREINA PATRICIA SALGADO VALLE | | **Número de Documento:** | 1050958891 | |
| **Correo Electrónico:** | andreinapsalgadovalle@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3153055982 | |
| **Nombre del Supervisor:** | CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ | **Cargo:** | DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2948-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 480 |
| **Perfil:** | TERAPEUTA RESPIRATORIO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS MEISSEN | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M12ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS MEISSEN | 180 | 0 | 19550 | $3519000 | 96.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 3519000** | **TRES MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2024-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-04-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2024-04-01 | 2024-06-30 | 1 | $ 6686100 | 1016 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 6803400 | 1553 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 7389900 | 2136 |
| 4 | 2024-10-01 | 2024-11-30 | 4 | $ 3519000 | 2617 |
| 5 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 5 | $ 3284400 | 2773 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3284400 |
| 2 | MARZO | $ 3753600 |
| 3 | ABRIL | $ 3519000 |
| 4 | MAYO | $ 3049800 |
| 5 | JUNIO | $ 3519000 |
| 6 | JULIO | $ 3870900 |
| 7 | AGOSTO | $ 3519000 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3519000 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3519000 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3519000 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 10908900** | **$ 38591700** | **$ 35072700** | **$ 3519000** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1). Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapeutico) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes. | -Las actividades como Terapeuta Respiratoria ,en la unidad de meissen en el area de hospitalización en Uci Neonatal , las realizo apoyando y brindando a los pacientes un adecuado manejo respiratorio como signo vital para el normal desarrollo de las actividades del paciente, ayudando para alternar el funcionamiento de otros sistemas, y explicando el adecuado uso terapeutico de los insumos necesarios en el diario vivir. | -Se registra en el aplicativo dinamica gerencial las indicaciones dadas al paciente en la historia clinica. |
| 2 | 2). Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | -Realizar educación clínica funcional y terapeutica de los problemas de salud cardio respiratorios en toda la comunidad y organizar actividades de control y tratamiento de la enfermedad.Participar en programas de investigación para identificar los problemas en salud respiratoria que se genere en la población. | -Planes de manejo y protocolos institucionales. |
| 3 | 3). Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya). | -Registrar en la historia clinica del paciente su evolución diaria tales como signos vitales, estado hemodinamica, evaluación cardiovascular. Verificar diagnosticos y antecedentes del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de enfermedad cardiopulmonar que presente. | -Historia Clínica en el aplicativo Dinamica. |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | 4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de apoyo terapeutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Revisar autorización y/o consentimiento del paciente al procedimiento , aplicar medidas de bioseguridad, entrevistar al paciente etica y cordialmente y evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente. | -Autorización Formato Consentimiento Informado y evaluación fisica al paciente. |
| 5 | 5) Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud. | -Identificarse con el paciente y cuidadores y confirmar su identidad , informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir y brindarle educación al paciente y/o familia de acuerdo a protocolos internos. | -Formatos en protocolos internos. |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -Los servicios de terapia respiratoria se basan en la atención a los pacientes en procesos como areas de ventilacion mecanica, fisiologia pulmonar , programas domiciliarios y rehabilitacion , de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -Equipos e implementos para el desarrollo de los procedimientos a los pacientes. |
| 7 | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | -Evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente, informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir , posteriormente reportar resultados al medico tratante y anotar en historia clinica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna. | -Evolución del paciente registrada en historia clinica. |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | -Informar y explicar a familiares y cuidadores la evolución diaria y el estado de salud del paciente y registrar en historia clìnica el resultado y procedimiento aplicado al paciente. | -Historia Clinica registrada en medios magneticos. |
| 9 | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Las demas actividades que se requieran propias del objeto contractual como terapeuta respitatoria dentro de la Subred Sur. | -Guias y protocolos internos. |

## 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 | $ 3519000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9477689212 | - | | |
| 2024 | OCTUBRE | 2024 | 11 | 22 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | TRES MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL PESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1407600 | $ 225216 | **$ 235600** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 175950 | **$ 184000** |
| ARL | 3 | COLMENA | | $ 34289 | **$ 35900** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 408514** | **$ 455500** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 54773706177 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANDREINA PATRICIA SALGADO VALLE | 2024-11-26 08:26:24 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ | 2024-11-27 08:57:47 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-11-28 12:41:13 |
| 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 | 2024-12-11 11:05:29 |

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.



**CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ**
**DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1050958891 | | SALGADO VALLE ANDREINA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | PORTALES DE SAN FERNANDO 1 T12 AP 346 | CARTAGENA-BOLIVAR | 3153055982 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 55577316 | 9477689212 | I | 2024/11/25 | 2024/11/22 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $455,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,472,000 | $235,600 | | | $1,472,000 | $184,000 | | | $0 | $0 | | | $1,472,000 | $35,900 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,472,000 | $235,600 | | | $1,472,000 | $184,000 | | | $0 | $0 | | | $1,472,000 | $35,900 | | $0 | $0 |
| Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR ( 1 Afiliados) | | | | | $1,472,000 | $235,600 | | | $1,472,000 | $184,000 | | | $0 | $0 | | | $1,472,000 | $35,900 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1050958891 SALGADO ANDREINA | 230301 | 30 | $1,472,000 | $235,600 | EPS005 | 30 | $1,472,000 | $184,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,472,000 | $35,900 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,472,000 | $235,600 | | | $1,472,000 | $184,000 | | | $0 | $0 | | | $1,472,000 | $35,900 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1050958891 | | SALGADO VALLE ANDREINA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | PORTALES DE SAN FERNANDO 1 T12 AP 346 | CARTAGENA-BOLIVAR | 3153055982 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 55577316 | 9477689212 | I | 2024/11/25 | 2024/11/22 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $455,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $235,600 | $0 | $0 | $235,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $235,600 | $0 | $0 | $235,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,900 | $0 | $0 | $35,900 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $35,900 | $0 | $0 | $35,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $184,000 | $0 | $0 | $184,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $184,000 | $0 | $0 | $184,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$455,500** | **$0** | **$0** | **$455,500** |

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 15:22:00
Andreina Salgado

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → 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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA FEBRERO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | CUENTA FEBRERO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | CUENTA MARZO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | CUENTA MAYO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | CUENTA JUNIO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | CUENTA JULIO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | CUENTA AGOSTO 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTASEPTIEMBRE 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | CUENTASEPTIEMBRE 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO. 2948 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

objetivos; encontrará 66 afirmaciones, y teniendo en cuenta su grado de acuerdo o desacuerdo debe escoger la opción que más se acerque a sus apreciaciones. Sus respuestas son de carácter confidencial y los resultados obtenidos servirán de insumo para establecer planes de acción que contribuyan al fortalecimiento o mejoramiento del ambiente organizacional. Para una mayor confiabilidad de la escala es importante que todas las respuestas sean contestadas, además, recuerde que ninguna es correcta o incorrecta porque corresponde a su sentir sobre el factor a medir.

**Fecha inicio medición:**

**2024-06-04 10:52:00**

**Fecha fin medición:**

**2024-09-30 10:52:00**

Usted ya ha diligenciado el instrumento (**2024-11-07 12:14:43**), 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

4:43 e.almeraim.com/surve 20

# Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

**21SP - ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Considerando la importancia en la transformación cultural de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en el marco de la seguridad del paciente, nos permitimos invitarlos a realizar la enc idar cuál gias que . Se pres**

21SP - ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registró la información con éxito

Aceptar

**ntes.**

En e serv Salud, donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

1. ¿Cuál es su Unidad de Servicio de Salud dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.?

Pregunta requerida

2. ¿A que Dirección y/o Proceso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. hace parte?

Pregunta requerida

3. ¿Cuál es el área, proceso, servicio donde trabaja la mayor parte de su jornada laboral?

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EiZy6wIvqk

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

ANDREINA PATRICIA SALGADO VALLE

1050958891

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

**UBICAR Y REUBICAR USUARIOS EN SITUACIONES QUE SE AMERITA**

Con una intensidad horaria de : 6 horas

Para constancia se expide: noviembre 7, 2024

Vigencia de 2 años

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ