| | | |
|---|---|---|
| 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:** | JESSICA ANDREA VACA VELASQUEZ | | **Número de Documento:** | 1023930147 | |
| **Correo Electrónico:** | Vaca.vjessica@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3193228547 | |
| **Nombre del Supervisor:** | CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ | **Cargo:** | DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2910-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 480 |
| **Perfil:** | TERAPEUTA RESPIRATORIO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M12TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS TUNAL | 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 | $ 6920700 | 1016 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 7272600 | 1553 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 7038000 | 2136 |
| 4 | 2024-10-01 | 2024-11-30 | 4 | $ 3519000 | 2617 |
| 5 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 5 | $ 3753600 | 2773 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |


***© Siasur - 2024***

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

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 10908900** | **$ 39412800** | **$ 35659200** | **$ 3753600** |

| 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 Tunal en el area de Urgencias , 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 terapéutico de los insumos necesarios en el diario vivir. | -Se registra en el aplicativo dinámica gerencial las indicaciones dadas al paciente en la historia clínica. |
| 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 clínica del paciente su evolución diaria tales como signos vitales, estado hemodinámica, evaluación cardiovascular. Verificar diagnósticos y antecedentes del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de enfermedad cardiopulmonar que presente. | -Historia Clínica en el aplicativo Dinámica. |


***© 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 física 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 magnéticos. |
| 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 respiratoria dentro de la Subred Sur. | -Guías y protocolos interno. |

## 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 | 9476298309 | - | | |
| 2024 | OCTUBRE | 2024 | 11 | 13 | | | | |

| 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 | **$ 240700** |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 175950 | **$ 188000** |
| ARL | 3 | SEGUROS BOLIVAR | | $ 34289 | **$ 36700** |
| Caja de Compensación | SI | COLSUBSIDIO | **Total** | **$ 408514** | **$ 465400** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 68820113113 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | YESSICA ANDREA VACA VELASQUEZ | 2024-11-27 19:36:35 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ | 2024-11-28 20:03:15 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-11-29 14:25:45 |
| 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 11:05:28 |

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**

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 1023930147 | | VACA VELASQUEZ YESSICA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 36 2BIS SUR 3-33 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | 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 | 1046237306 | 9476298309 | I | 2024/11/14 | 2024/11/13 | BANCOLOMBIA | 0 | $495,500 |

**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)** | | | | | $1,504,000 | $240,700 | | | $1,504,000 | $188,000 | | | $1,504,000 | $30,100 | | | $1,504,000 | $36,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,504,000 | $240,700 | | | $1,504,000 | $188,000 | | | $1,504,000 | $30,100 | | | $1,504,000 | $36,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,504,000 | $240,700 | | | $1,504,000 | $188,000 | | | $1,504,000 | $30,100 | | | $1,504,000 | $36,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1023930147 | VACA YESSICA | 230301 | 30 | $1,504,000 | $240,700 | EPS002 | 30 | $1,504,000 | $188,000 | CCF22 | 30 | $1,504,000 | $30,100 | 14-7 | 30 | $1,504,000 | $36,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,504,000 | $240,700 | | | $1,504,000 | $188,000 | | | $1,504,000 | $30,100 | | | $1,504,000 | $36,700 | | $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 1023930147 | | VACA VELASQUEZ YESSICA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 36 2BIS SUR 3-33 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | 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 | 1046237306 | 9476298309 | I | 2024/11/14 | 2024/11/13 | BANCOLOMBIA | 0 | $495,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $240,700 | $0 | $0 | $240,700 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $240,700 | $0 | $0 | $240,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $36,700 | $0 | $0 | $36,700 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $36,700 | $0 | $0 | $36,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $30,100 | $0 | $0 | $30,100 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $30,100 | $0 | $0 | $30,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $188,000 | $0 | $0 | $188,000 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $188,000 | $0 | $0 | $188,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $495,500 | $0 | $0 | $495,500 |

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? ○ Si ◉ 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 DE COBRO ENERO 2024.pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA FEBRERO 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | CUENTA FEBRERO 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | CUENTA MARZO 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | CUENTA MAYO 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO 2024 - CTO. 2910 -2024.pdf | CUENTA AGOSTO 2024 - CTO. 2910 -2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE 2024 - CTO. 2910 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO. 2910 - 2024 (1).pdf | CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO. 2910 - 2024 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

FsMtHLSDJi

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

JESSICA ANDREA VACA VELASQUEZ

1023930147

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 22, 2024

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ

obligaciones y cumple sus 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 (**2024-11-20 18:50:36**), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.

12:32 56%
e.almeraim.com

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

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

21SP - ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registró la información con éxito

Aceptar

**Co… …l de**
**la S… …n el**
**ma… …rlos**
**a re… …ado**
**poc… …de**
**seg… …de**
**inc… …la**
**confidencialidad y solo serán unos minutos.**

**Agradecemos su compromiso con la seguridad de los pacientes.**

En esta encuesta, piense en su "unidad" como el área de trabajo, servicio, dependencia o área clínica de la Unidad de Servicios de Salud, donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.