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:**	2024-12-01	**Hasta:**	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	CARLOS ANDRES VEGA ROMERO		**Número de Documento:**	1013642257	
Correo Electrónico:	andresvega2607@gmail.com		**Número Telefónico:**	3108103914	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	**Cargo:**	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2886-2024	**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	$ 6803400	1016
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 6803400	1553
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 7155300	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 3401700	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 3519000	2773
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 3401700
2	MARZO	$ 3870900
3	ABRIL	$ 2932500
4	MAYO	$ 3636300
5	JUNIO	$ 3167100
6	JULIO	$ 3636300
7	AGOSTO	$ 3753600
8	SEPTIEMBRE	$ 3636300
9	OCTUBRE	$ 3636300
10	NOVIEMBRE	$ 3401700
11	DICIEMBRE	$ 3519000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10908900	**$ 38591700**	**$ 38591700**	**$ 0**

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.	Prestar servicios asistenciales como terapeuta en los servicios ambulatorios,hospitalarios, Ucis y/o urgencias según la asignación que determine la institución.	Historia clínica y evoluciones de los pacientes.
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.	Cumplir con el horario asignado en cada unidad .	Cumplir con el horario asignado en cada unidad .
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).	Prestar servicios asistenciales como terapeuta en los servicios ambulatorios,hospitalarios, Ucis y/o urgencias según la asignación que determine la institución.	Cumplir con las funciones asignadas diariamente.

© Siasur - 2025

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.	Diligenciamiento de historias clínicas y evoluciones de cada paciente	Diligenciamiento de historias clínicas y evoluciones de cada 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.	Realizar el registro de las evoluciones dentro del sistema correspondiente.	Diligenciamiento de evoluciones en el sistema.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Realizar la entrega de turno correspondiente diariamente ademas del registro de gases arteriales para realizar el seguimiento correspondiente	Diligenciamiento de libro y hoja de gases arteriales.
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.	Ofrecer el servicio como terapeuta respiratorio con responsabilidad y ética profesional.	Cumplir con las funciones asignadas diariamente
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	Utilizar los recursos que brinda la institución de manera correcta y no malgastarlos.	Utilizar los recursos entregados de manera correcta y evitar el uso excesivo de los mismos.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Utilizar los recursos que brinda la institución de manera correcta y no malgastarlos.	Utilizar los recursos entregados de manera correcta y evitar el uso excesivo de los mismos.

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**	$ 3401700
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	82585329	-		
2025	**NOVIEMBRE**	**2024**	**12**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL SETECIENTOS PESOS**			

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 217800**
Salud		SÁNITAS		$ 177938	**$ 170100**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 33200**
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 413129**	**$ 421100**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	91211320091

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARLOS ANDRES VEGA ROMERO	2024-12-12 07:56:42
ACEPTADO SUPERVISIÓN	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	2024-12-13 07:16:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-12-13 09:59:50
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	2025-01-17 15:40:15

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

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		
	CERTIFICACION DE COBRO ENERO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO # 2886-2024 .pdf (Archivado)	CERTIFICACION DE COBRO ENERO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO # 2886-2024 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO FEBRERO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2023.pdf.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO FEBRERO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2023.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO MARZO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf.pdf.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO MARZO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO ABRIL 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2023.pdf.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO ABRIL 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2023.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO MAYO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO MAYO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO JUNIO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO JUNIO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO JUIIO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO JUIIO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO AGOSTO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO AGOSTO 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO OCTUBRE 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO OCTUBRE 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO NOVIEMBRE 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO NOVIEMBRE 2024 CARLOS ANDRES VEGA ROMERO CTO #2886-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CARLOS ANDRES VEGA ROMERO**, identificada con **CC** número **1013642257**, aportó por **CARLOS ANDRES VEGA ROMERO** identificado(a) con **CC** número **1013642257** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 11 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	57								X							0		30	$1,360,700	0.02436	$33,200	$0	$0	Noviembre - 2024	82585329	11/12/2024	NO
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57								X							0		30	$1,360,700	0.00600	$8,200	$0	$0	Noviembre - 2024	82585329	11/12/2024	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	57								X							0		30	$1,360,700	0.16000	$217,800	$0	$0	Noviembre - 2024	82585329	11/12/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	57								X							0		30	$1,360,700	0.12500	$170,100	$0	$0	Noviembre - 2024	82585329	11/12/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **Diciembre** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.