

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1096953887	LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR		Carrera 6a este # 38-91	2222222	eslavaescobar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82442424	\$435.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	176.000	0		0		0	0	0	0	176.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	225.300	0	0	0	0	0	0	0	225.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.300				34.300	0	0	34.300			343	34.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	176.000	176.000
Pensión	1	225.300	225.300
Riesgos Laborales	1	34.300	34.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	435.600	435.600

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1096953887	LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR	Carrera 6a este # 38-91	2222222	eslavaescobar@gmail.com
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD					
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82442424	\$435.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TPP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1096953887	ESLAVA ESCOBAR LEIDY JIMENA	59	0	N																		230301	1.407.600	225.300	0	0	0	0	EPS005	1.407.600	176.000	14-23	1.407.600	3	34.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- 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

Datos guardados

[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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> ARL POSITIVA 1096953887 CTO 4889-2024.pdf	ARL POSITIVA 1096953887 CTO 4889-2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> certificados.pdf	certificados.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> TITULACION.pdf	TITULACION.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> RIT.pdf	RIT.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2024 - CTO. 4889 - 2024.pdf	CUENTA MAYO 2024 - CTO. 4889 - 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> SARLAFT...pdf	SARLAFT...pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> Certificado induccion	gallery pages.pdf	Proveedor Descargar Detalle
LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR-4889.pdf (Archivado)		
<input type="checkbox"/> JUNIO-LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR-4889.pdf	JUNIO-LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR-4889.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> JULIO 2024 CONTRATO 4889 LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR.pdf	JULIO 2024 CONTRATO 4889 LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> AGOSTO2024CONTRATO4889 LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR.pdf	AGOSTO2024CONTRATO4889 LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> SEPTIEMBRE2024CONTRATO4889 LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR.pdf	SEPTIEMBRE2024CONTRATO4889 LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> OCTUBRE2024CONTRATO4889 LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR.pdf	OCTUBRE2024CONTRATO4889 LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> Noviembre2024-LeidyJimenaEslavaEscobar4889.pdf	Noviembre2024-LeidyJimenaEslavaEscobar4889.pdf	Proveedor Descargar Detalle



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

Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31
Nombre del Contratista:	LEIDY JIMENA ESLAVA ESCOBAR		Número de Documento:	1096953887
Correo Electrónico:	eslavaescobar@gmail.com		Número Telefónico:	3124829862
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	Cargo:	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4889-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1016
Perfil:	FISIOTERAPEUTA				
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	Procentaje(%) Centro de Costos
M12TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	180	12	19550	\$3753600	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3753600	TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-05-20			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-06-01	2024-08-31	1	\$ 7838400	1553
2	2024-08-01	2024-10-31	2	\$ 6920700	2136
3	2024-10-01	2024-11-30	3	\$ 3519000	2617
4	2024-11-01	2024-12-31	4	\$ 3753600	2773
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MAYO			\$ 2111400	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	JUNIO	\$ 3519000
3	JULIO	\$ 3401700
4	AGOSTO	\$ 3753600
5	SEPTIEMBRE	\$ 3519000
6	OCTUBRE	\$ 3519000
7	NOVIEMBRE	\$ 3519000
8	DICIEMBRE	\$ 3753600

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5454450	\$ 27486150	\$ 27096300	\$ 389850

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapéutico) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	- Las actividades como Terapeuta Respiratoria ,en la unidad de Tunal en el area de Uci adultos , 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 Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	- Realizar educación clínica funcional y terapéutica 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 Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección 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 hemodinamica, 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.
4 Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico 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 ética y cordialmente y evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente.	- Autorización Formato Consentimiento Informado y evaluación física al paciente.

Carretera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información 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	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 áreas de ventilación mecánica, fisiología pulmonar , programas domiciliarios y rehabilitación , de acuerdo a la normativa legal vigente.	- Equipos e implementos para el desarrollo de los procedimientos a los pacientes.
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico 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 clínica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna.	- Evolución del paciente registrada en historia clínica.
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	- Informar y explicar a familiares y cuidadores la evolución diaria y el estado de salud del paciente y registrar en historia clínica el resultado y procedimiento aplicado al paciente.	- Historia Clínica registrada en medios magnéticos.
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Las demás actividades que se requieran propias del objeto contractual como terapeuta respiratoria dentro de la Subred Sur.	- Guías y protocolos internos.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período 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				
2025	NOVIEMBRE	2024	12	12	82442424	-		
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	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 225300
Salud					SÁNTAS		\$ 177938	\$ 176000
ARL				3	POSITIVA		\$ 34676	\$ 34300
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 435600

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	30652440467

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY JIMENA ESCOBAR ESLAVA	2024-12-13 15:15:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	2024-12-16 12:26:16
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-12-17 12:26:34
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 15:40:24

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