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:	KATERIN PAOLA GRAJALES RODRIGUEZ		**Número de Documento:**	1026301386	
Correo Electrónico:	katerinpao05@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3182284723	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	**Cargo:**	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2884-2024	**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	$ 6686100	1016
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 7272600	1553
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 7272600	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 3519000	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	$ 3284400
2	MARZO	$ 3753600
3	ABRIL	$ 3519000
4	MAYO	$ 3519000
5	JUNIO	$ 3519000
6	JULIO	$ 3753600
7	AGOSTO	$ 3519000
8	SEPTIEMBRE	$ 3519000
9	OCTUBRE	$ 3753600
10	NOVIEMBRE	$ 3519000
11	DICIEMBRE	$ 3519000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10908900	**$ 39178200**	**$ 39178200**	**$ 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 como terapeuta respiratorio en la unidad de cuidados intensivos del Hospital el Tunal.	1. Valoración del estado del paciente. 2. Se vigila estado hemodinámico, se revisa exámenes laboratorios, RX de tórax, entre otros estudios complementarios del paciente. 3. Todos los turnos se realiza higiene bronquial brindando una vía aérea permeable y segura.
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.	Se brinda educación a pacientes con las técnicas de auto cuidado respiratorio, así mismo las capacitaciones al resto personal que lo requieran para el control y manejo del paciente, salud personal y supervisor del mismo.	Toda la información que se brinda y que se realiza con el paciente se registra en historia clínica, las charlas que se registran al salud personal quedan firmadas.
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).	Diligenciar la evolución del personal atendido durante el turno de manera completa y correcta.	Se evoluciona en el turno atención completo mañana y tarde dado que se realiza en dos oportunidades o más.

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.	Seguir estrictamente los protocolos establecidos para evitar errores en la atención a pacientes y en diferentes contextos.	Se siguen los parámetros establecidos tanto en la protección como en la ejecución.
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.	Cumplir con los informes que así se requieren para el control y manejo del supervisor.	Asistir a las capacitaciones requeridas y entrega de documentos solicitados.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Actuar con responsabilidad a cualquier situación y contexto.	Prestar servicios de calidad humana frente a las situaciones que se presentan.
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.	Todos los turnos se realiza revista medica, evaluando diagnostico, resultado de exámenes y procedimientos pertinentes de paciente para así llegar al mejor tratamiento entre todo el personal médico y asistencial para llegar a una adecuada recuperación del paciente.	Todos los turnos se toman exámenes como gasometría arterial que se registra en carpeta de hoja de gases arteriales incluidos con parámetros del ventilador mecánico si así lo requiere tratamiento de oxigenoterapia que el paciente se encuentre.
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	Dar un manejo adecuado a los recursos que se tienen para ejecutar las tareas propuestas en el turno.	Dar un manejo responsable y adecuado a los elementos de trabajo que nos brinda la institución.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se asiste a un turno día de por medio para cumplir con la producción de horas establecidas.	Se cumplirán las horas establecidas por la supervisora para dicho contrato.

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82586948	-		$ 3519000
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11				
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		COMPENSAR		$ 177938	**$ 176000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 435600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4702022287

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KATERIN PAOLA GRAJALES RODRIGUEZ	2024-12-14 17:02:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	2024-12-15 23:02:57
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-12-16 23:22:11
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 15:40:20

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026301386	KATERIN PAOLA GRAJALES RODRIGUEZ	Cll 34bis 95 a 50	3182284723	katerinpao05@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82586948	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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		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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026301386	KATERIN PAOLA GRAJALES RODRIGUEZ		Cll 34bis 95 a 50	3182284723	katerinpao05@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	11/12/2024	82586948	$435.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1026301386	GRAJALES RODRIGUEZ KATERIN PAOLA	59	0			N																	230301	1.407.600	225.300	0	0	0	0	EPS008	1.407.600	176.000	14-11	1.407.600	3	34.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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		
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO FEBRERO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO FEBRERO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO MARZO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO MARZO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO ABRIL 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO ABRIL 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO MAYO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ. CTO 2884-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO MAYO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ. CTO 2884-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO JUNIO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO JUNIO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO JULIO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO JULIO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO AGOSTO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO AGOSTO 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICACIÓN DE COBRO SEPTIEMBRE 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024. (Archivado)	septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO SEPTIEMBRE 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO SEPTIEMBRE 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO OCTUBRE 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO OCTUBRE 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ, CTO 2884-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACIÓN DE COBRO NOVIEMBRE 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ. CTO 2884-2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE COBRO NOVIEMBRE 2024, KATERIN PAOLA GRAJALES RODRÍGUEZ. CTO 2884-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

8:01

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

ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN - 2024

Gracias!

Anterior Guardar

e.almeraim.com