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:	JOHAN SEBASTIAN PEÑA CASTELLANOS		**Número de Documento:**	1024585172	
Correo Electrónico:	sebastianrespiratorio24@gmail.com		**Número Telefónico:**	3197145538	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	**Cargo:**	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2885-2024	**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	$ 6451500	1016
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 7272600	1553
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 6803400	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 3519000	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 3519000	2773
6	2024-12-31	2025-01-20	6	$ 1661750	26

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-09	7	$ 1290300	2962

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 3284400
2	MARZO	$ 3519000
3	ABRIL	$ 3519000
4	MAYO	$ 3519000
5	JUNIO	$ 3519000
6	JULIO	$ 3284400
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	**$ 41426450**	**$ 38474400**	**$ 2952050**

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 asignacion que determine la institucion.	historia clinica 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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 asignacion que determine la institucion.	-cumplir con las funciones asignadas diariamente
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.	cumplir con las funciones asignadas diariamente	diligenciamiento de evoluciones en el sistema
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 correspondente 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 etica profesional	Ofrecer el servicio como terapeuta respiratorio con responsabilidad y etica profesional
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 institucion 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.	ofrecer el servicio como terapeuta respiratorio con responsabilidad y etica profesional	ofrecer el servicio como terapeuta respiratorio con responsabilidad y etica profesional

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	9478064493	-		
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	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	450172838

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOHAN SEBASTIAN PEÑA CASTELLANOS	2024-12-11 17:15:02
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOHAN SEBASTIAN PEÑA CASTELLANOS	2024-12-11 17:31:05
ACEPTADO SUPERVISIÓN	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	2024-12-12 14:33:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-12-13 09:57:26
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 15:40:19

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

5:26

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

ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN - 2024

Gracias!

Anterior

Guardar

Formulario Único de Conocimiento de Persona Natural y Jurídica

Identificación

Fecha reporte

2024-12-09

Fecha del evento

La información se registró satisfactoriamente y se realizó la transición con éxito, código para realizar seguimiento es 16642.

Aceptar

CONSIDERACIONES

"Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral

(25) | Insta | i lov | Desc | Envia | Ver | Cuer | COM | Apo | seco | Edita

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12085217

Aumentar el contraste

Menú | Ir a

tratos → Ver contrato

Datos guardados

Cancelar | < | Evalu

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
☐	CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2024 JOHAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf	CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2024 JOHAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf	Proveedor
	CERTIFICACION DE COBRO MARZO 2024 JOHAN PEÑA #2885-2024.pdf (Archivado)	CERTIFICACION DE COBRO MARZO 2024 JOHAN PEÑA #2885-2024.pdf	Proveedor
☐	CERTIFICACION DE COBRO MARZO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MARZO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf	Proveedor
☐	CERTIFICACION DE COBRO ABRIL 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf	CERTIFICACION DE COBRO ABRIL 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf	Proveedor
☐	CERTIFICACION DE COBRO MAYO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MAYO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf	Proveedor
☐	CERTIFICACION DE COBRO JUNIO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf.pdf	CERTIFICACION DE COBRO JUNIO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf.pdf	Proveedor
☐	CERTIFICACION DE COBRO JULIO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf	CERTIFICACION DE COBRO JULIO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf	Proveedor
☐	CERTIFICACION DE COBRO AGOSTO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf.pdf	CERTIFICACION DE COBRO AGOSTO 2024 JOhAN PEÑA #2885-2024.pdf.pdf.pdf	Proveedor
☐	CERTIFICACION DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 JOhAN PEÑA 2885-2024.pdf.pdf	CERTIFICACION DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 JOhAN PEÑA 2885-2024.pdf.pdf	Proveedor
☐	CERTIFICACION DE COBRO OCTUBRE 2024 JOhAN PEÑA 2885-2024.pdf.pdf.pdf	CERTIFICACION DE COBRO OCTUBRE 2024 JOhAN PEÑA 2885-2024.pdf.pdf.pdf	Proveedor
☐	CERTIFICACION DE COBRO NOVIEMBRE 2024 JOhAN PEÑA 2885-2024.pdf..pdf	CERTIFICACION DE COBRO NOVIEMBRE 2024 JOhAN PEÑA 2885-2024.pdf..pdf	Proveedor

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024585172		PEÑA CASTELLANOS JOHAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 59a sur #23d15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6552165	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1117524844	9478064493	I	2024/12/17	2024/12/11	BANCO DE BOGOTA	0	$435,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,407,600	$225,300			$1,407,600	$176,000			$0	$0			$1,407,600		$34,300		$0	$0		$435,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,407,600	$225,300			$1,407,600	$176,000			$0	$0			$1,407,600		$34,300		$0	$0		$435,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,407,600	$225,300			$1,407,600	$176,000			$0	$0			$1,407,600		$34,300		$0	$0		$435,600
1	CC	1024585172 PEÑA JOHAN																		23030 1	30	$1,407,600	$225,300	EPS008	30	$1,407,600	$176,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,407,600	2.436%	$34,300	0	$0	$0	No	$435,600
Total		**Afiliados(1)**																				$1,407,600	$225,300			$1,407,600	$176,000			$0	$0			$1,407,600		$34,300		$0	$0		$435,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024585172		PEÑA CASTELLANOS JOHAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 59a sur #23d15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6552165	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1117524844	9478064493	I	2024/12/17	2024/12/11	BANCO DE BOGOTA	0	$435,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,300	$0	$0	$225,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$225,300	$0	$0	$225,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,300	$0	$0	$34,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,300	$0	$0	$34,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$176,000	$0	$0	$176,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$176,000	$0	$0	$176,000
TOTAL				**1**	**$435,600**	**$0**	**$0**	**$435,600**