

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2024-12-01	<b>Hasta:</b>	2024-12-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	LAURA VALENTINA VALERO TORRES		<b>Número de Documento:</b>	1001345910
<b>Correo Electrónico:</b>	valentinavalerotorres@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3133109331
<b>Nombre del Supervisor:</b>	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	<b>Cargo:</b>	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	<b>Código Grado:</b> -

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	6091-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	1544
<b>Perfil:</b>	TERAPEUTA RESPIRATORIO				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
M12ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	186	6	19550	\$3753600	103.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 3753600	<b>TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-07-04			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-08-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-08-01	2024-10-31	1	\$ 6568800	2136
2	2024-10-01	2024-11-30	2	\$ 3519000	2617
3	2024-11-01	2024-12-31	3	\$ 3753600	2773
4	2024-12-01	2025-01-09	4	\$ 477700	26
5	2024-12-31	2025-01-20	5	\$ 812600	26
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 1055700	2962

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

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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-09	7	\$ 1055700	2962
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 812600	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 477700	26
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>	
1	JULIO		\$ 3049800		
2	AGOSTO		\$ 3753600		
3	SEPTIEMBRE		\$ 3519000		
4	OCTUBRE		\$ 3519000		
5	NOVIEMBRE		\$ 3284400		
6	DICIEMBRE		\$ 3753600		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>	
\$ 7272600		\$ 25806000		\$ 20879400	
<b>SALDO DEL CONTRATO</b>		\$ 4926600			
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>		<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>	
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.	Realizar mis actividades como terapeuta respiratoria apoyando y brindando a los paciente tal para el desarrollo normal de las actividades del paciente, ayudando para alternar el funcionamiento de otros sistema		Informe registro en la historia clínica del paciente	
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 funcional clínica y terapéutica de los problemas de salud cardiorrespiratorios 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 generen en la población.		Guías y protocolos internos	
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 (Resolución 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya).	Registrar en la historia clínica del paciente su evolución diaria como signos vitales, estado hemodinámico, evaluación cardiovascular y respiratoria. Verificar diagnósticos y antecedentes del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de enfermedad cardiopulmonar que presenta		Historia clínica en aplicativo dinámico	

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
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.	Realizar autorización y/o consentimiento del paciente al procedimiento, aplicar medidas de bioseguridad, entrevistar al paciente ética y cordialmente y evaluar cuidadosamente el estado cardiorrespiratorio del paciente	Autorización formato consentimiento informado y evaluación física del paciente
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, cuidadores y confirmar su identidad, informar y explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar y brindarle educación al paciente y/o familia, de acuerdo a protocolos internos.	Guías y 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 los procesos como áreas de ventilación mecánica, fisiología pulmonar, programas domiciliarios y rehabilitación, de acuerdo a la normatividad 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 cardiorrespiratorio del paciente. Informar y explicar al paciente sobre los procedimientos que se van a realizar, posteriormente reportar los resultados al médico tratante y anotar en la historia clínica su evolución, registrar procedimientos según normatividad interna	Evolución del paciente registrado en la 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 la historia clínica el resultado y procedimiento aplicado al paciente	Historia clínica
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Las demás actividades que se requieren, propias del objeto contractual como perfil de terapia respiratoria dentro de la subred Sur ESE	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 Honorarios Certificados de el Mes Anterior \$ 3284400	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82588021	-		
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11				Valor honorarios certificados el mes anterior en letras
					TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS			
Ítem				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 211300
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 165100
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 32300
Caja de Compensación				NO			<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488445698829		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				LAURA VALENTINA VALERO TORRES		2024-12-17 21:43:40		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ		2024-12-17 23:36:28		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-12-18 12:13:56		
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 15:40:13		

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*

**CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ**  
**DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001345910	LAURA VALENTINA VALERO TORRES		Cr22b 65b 77 sur	3133109331	lauravalentinavt@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2024-12	2024-12	I	02/01/2025	83054330	\$494.800	

**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	187.800	0		0		0	0	0	0	187.800	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.300	0	0	0	0	0	0	0	240.300	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	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.100	0	0	30.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187.800	187.800
Pensión	1	240.300	240.300
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	1	30.100	30.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>494.800</b>	<b>494.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1001345910	LAURA VALENTINA VALERO TORRES		Cr22b 65b 77 sur	3133109331	lauravalentinavt@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

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	
2024-12	2024-12	1	02/01/2025	83054330	\$494.800		

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	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	1001345910	VALERO TORRES LAURA VALENTINA	59	0			N																	25-14	1.501.824	240.300	0	0	0	0	EPS008	1.501.824	187.800	14-11	1.501.824	3	36.600	CCF24	1.501.824	30.100	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

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		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 1001345910 CTO 6091-2024.pdf	ARL SURA 1001345910 CTO 6091-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Certificados cuenta de cobro.pdf	Certificados cuenta de cobro.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> julio. laura valentinavalerotres.cto 6091.2024.pdf	julio. laura valentinavalerotres.cto 6091.2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Agosto cuenta de cobro.pdf (Archivado)	Agosto cuenta de cobro.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Agosto cuenta de cobro (1).pdf (Archivado)	Agosto cuenta de cobro (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Agosto cuenta de cobro laura valero.pdf	Agosto cuenta de cobro laura valero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Septiembre cuenta de cobro Laura Valero.pdf (Archivado)	Septiembre cuenta de cobro Laura Valero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Septiembre cuenta de cobro.pdf	Septiembre cuenta de cobro.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Octubre cuenta de cobro.pdf (Archivado)	Octubre cuenta de cobro.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Laura Valentina Valero Torres Cuenta de cobro Octubre.pdf	Laura Valentina Valero Torres Cuenta de cobro Octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Laura Valentina Valero Torres cuenta de cobro noviembre.pdf	Laura Valentina Valero Torres cuenta de cobro noviembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >