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:**	2025-01-01	**Hasta:**	2025-01-20	
Nombre del Contratista:	LUZ ANGELA CASALLAS MORENO		**Número de Documento:**	52384091	
Correo Electrónico:	angelakamo@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3102931157	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2870-2024	**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	108	0	19550	$2111400	82.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2111400**	**DOS MILLONES CIENTOONCE MIL CUATROCIENTOS 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	$ 7155300	1553
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 7038000	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 3753600	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 3753600	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	$ 1290300	2962

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	$ 1661750	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	$ 1661750	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	$ 1290300	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	$ 1290300	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	$ 1661750	26

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 3401700
2	MARZO	$ 3401700
3	ABRIL	$ 3519000
4	MAYO	$ 3636300
5	JUNIO	$ 3753600
6	JULIO	$ 3636300
7	AGOSTO	$ 3519000
8	SEPTIEMBRE	$ 3519000
9	OCTUBRE	$ 3636300
10	NOVIEMBRE	$ 3636300
11	DICIEMBRE	$ 3753600
12	ENERO	$ 2111400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10908900	**$ 48268950**	**$ 41524200**	**$ 6744750**

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.	En el área de urgencias adultos y pediatria	Historia clínica
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 la atención oportuna y de calidad de acuerdo a las necesidades del servicios	Historia clínica

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).	Realizar el adecuado y apropiado proceso dentro del sistema dinámica	Historia clínica
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.	Revisión periódica de protocolos y guías de manejo	Historia clínica
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 la atención de los usuarios brindando la mejor información correcta y veraz	Historia clínica
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Cumplir con las normas legales, trabajar en equipo para el manejo integral del usuario	Historia clínica
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.	Realizar valoración, diagnostico y plan de tratamiento	Historia clínica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	Brindar información acerca de el estado de salud de forma oportuna, veraz al usuario y a sus cuidadores	Historia clínica
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Cumplir a cabalidad con cada de las obligaciones y actividades que corresponden dentro de las competencias de cada profesional	Historia clínica

© Siasur - 2025

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	$ 3753600
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1069675103	-		
2024	DICIEMBRE	2025	01	16				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1501440	$ 240230	**$ 240400**
Salud		FAMISANAR		$ 187680	**$ 187800**
ARL	3	SURA		$ 36575	**$ 36600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 435748**	**$ 464800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870310911

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ ANGELA CASALLAS MORENO	2025-01-28 21:55:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-01-29 21:12:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-01-30 17:24:38
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	2025-02-18 15:48:44

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-01-28, 09:27:58 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1069675103

Periodo Cotización 202412 **Periodo Servicio** 202412

Cliente:

PAGADA 2025-01-16

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ANGELA CASALLAS MORENO				
Documento	CC 52384091	**Dirección**	TV 53BIS #2 - 08		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102931157		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52384091		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CASALLAS MORENO LUZ ANGELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.502.000	231001		16 %	$ 1.502.000	$ 240.400	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.502.000	$ 187.800	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.502.000	$ 36.600	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 240.400	$ 0	$ 0	$ 187.800	$ 36.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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		
	Luz Angela Casallas Moreno. Enero 2024 Contrato 2870 .pdf (Archivado)	Luz Angela Casallas Moreno. Enero 2024 Contrato 2870 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Luz Angela Casallas Moreno. Enero 2024 Contrato 2870.pdf (Archivado)	Luz Angela Casallas Moreno. Enero 2024 Contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno. Febrero 2024 Contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno. Febrero 2024 Contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Luz Angela Casallas Moreno. Marzo 2024 Contrato 2870.pdf (Archivado)	Luz Angela Casallas Moreno. Marzo 2024 Contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Marzo 2024 contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno Marzo 2024 contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Abril 2024 contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno Abril 2024 contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Mayo 2024 contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno Mayo 2024 contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Junio 2024 contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno Junio 2024 contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Julio 2024 contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno Julio 2024 contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Agosto 2024 contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno Agosto 2024 contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Septiembre 2024 contrato 2870..pdf	Luz Angela Casallas Moreno Septiembre 2024 contrato 2870..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Octubre 2024 contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno Octubre 2024 contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Noviembre 2024 contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno Noviembre 2024 contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Luz Angela Casallas Moreno Diciembre 2024 contrato 2870.pdf	Luz Angela Casallas Moreno Diciembre 2024 contrato 2870.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

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

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

FECHA DE REGISTRO

Pregu

TIP

Pregu

NUMERO DE DOCUMENTO

Pregunta requerida

NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida

APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida

FECHA DE EXPEDICION DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2025-01-09

N° Radicado: 438330

Aceptar