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:**	2025-01-09	
Nombre del Contratista:	FRANCY LUZ ARDILA MOLINA		**Número de Documento:**	1023034002	
Correo Electrónico:	FRANCYLUZARDILAMOLINA@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3106697175	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2945-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	480
Perfil:	TERAPEUTA RESPIRATORIO				
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	Procetaje(%) Centro de Costos
M12ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	42	0	19550	$821100	67.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 821100**	**OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL CIENPESOS**					

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	$ 3636300	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 3753600	2773

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2024-12-31	2025-01-09	6	$ 1290300	2962
7	2024-12-31	2025-01-09	7	$ 1290300	2962
8	2025-01-01	2025-01-09	8	$ 1290300	2962

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	$ 3401700
9	OCTUBRE	$ 3636300
10	NOVIEMBRE	$ 3636300
11	DICIEMBRE	$ 3753600
12	ENERO	$ 821100

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10908900	**$ 43166400**	**$ 40116600**	**$ 3049800**

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.	-Las actividades como Terapeuta Respiratoria ,en la unidad de Meissen en el area de Urgencias pediatricas , 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	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.	-Realizar educación clínica funcional y terapeutica 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.

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).	-Registrar en la historia clinica del paciente su evolución diaria tales como signos vitales, estado hemodinamica, evaluación cardiovascular. Verificar diagnosticos y antecedentes del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de enfermedad cardiopulmonar que presente.	-Historia Clínica en el aplicativo Dinamica
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.	-Revisar autorización y/o consentimiento del paciente al procedimiento , aplicar medidas de bioseguridad, entrevistar al paciente etica y cordialmente y evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente.	-Autorización Formato Consentimiento Informado y evaluación física al paciente.
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.	-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	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 areas de ventilacion mecanica, fisiologia pulmonar , programas domiciliarios y rehabilitación , de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Equipos e implementos para el desarrollo de los procedimientos a los pacientes.
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.	-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 clinica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna.	-Evolución del paciente registrada en historia clinica.
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Informar y explicar a familiares y cuidadores la evolución diaria y el estado de salud del paciente y registrar en historia clinica el resultado y procedimiento aplicado al paciente.	-Historia Clinica registrada en medios magnéticos.
9	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.

© 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	82977106	-		
2024	DICIEMBRE	2024	12	30				
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	PROTECCIÓN	$ 1501440	$ 240230	**$ 240300**
Salud		FAMISANAR		$ 187680	**$ 187700**
ARL	3	SURA		$ 36575	**$ 36600**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 435748**	**$ 464600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550004800505754

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FRANCY LUZ ARDILA MOLINA	2025-01-28 21:04:29
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-01-29 12:05:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-01-29 14:36:16
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 15:49:08

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

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	1023034002	FRANCY LUZ ARDILA MOLINA	CL 81ASUR 7D 35 ESTE	3087773	francyluzardilamolina@gmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	30/12/2024	82977106	$494.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	187.700	0		0		0	0	0	0	187.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	240.300	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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	30.100	0	0	30.100	1

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	187.700	187.700
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
TOTALES	4	494.700	494.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023034002	FRANCY LUZ ARDILA MOLINA	CL 81ASUR 7D 35 ESTE	3087773	francyluzardilamolina@gmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	30/12/2024	82977106	$494.700	

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	1023034002	ARDILA MOLINA FRANCY LUZ	59	0			N																	230201	1.501.440	240.300	0	0	0	0	EPS017	1.501.440	187.700	14-11	1.501.440	3	36.600	CCF22	1.501.440	30.100	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

Datos guardados

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		
☐	CUENTA FEBRERO 2024 - CTO- 2945 - 2024.pdf	CUENTA FEBRERO 2024 - CTO- 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	CUENTA MARZO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	CUENTA MAYO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	CUENTA JUNIO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	CUENTA JULIO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	CUENTA AGOSTO 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	CUENTA COTUBRE 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2024 - CTO. 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2024 - CTO - 2945 - 2024.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2024 - CTO - 2945 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

4:15 4.5G
e.almeraim.com/sur

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

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

FECHA DE REGISTRO

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2025-01-03

N° Radicado: 437415

Aceptar

Pregunta requerida

NUMERO DE DOCUMENTO

Pregunta requerida

NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida

APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida