

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

DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-01	Hasta:	2025-01-20			
Nombre Contratista:	del	LAURA VALENTINA VALERO TORRES		Número de Documento:	1001345910		
Correo Electrónico:	valentinavalerotorres@gmail.com			Número Telefónico:	3133109331		
Nombre Supervisor:	del	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código Grado:	-	

DATOS DEL CONTRATO						
No. Contrato:	6091-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1544	
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	120	0	19550	\$2346000	92.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2346000	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato	2024-07-04			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
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

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
10	2025-01-01	2025-01-09	10	\$ 1055700	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	\$ 812600	26
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		JULIO		\$ 3049800	
2		AGOSTO		\$ 3753600	
3		SEPTIEMBRE		\$ 3519000	
4		OCTUBRE		\$ 3519000	
5		NOVIEMBRE		\$ 3284400	
6		DICIEMBRE		\$ 3753600	
7		ENERO		\$ 2346000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 7272600		\$ 27674300		\$ 23225400	\$ 4448900
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
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 pacientes tal para el desarrollo normal de las actividades del paciente, ayudando para alternar el funcionamiento de otros sistemas		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, funcionalidad 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 generan en la población		Guías y protocolos internos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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
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 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									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	83054330	-			\$ 3753600
2024	DICIEMBRE	2025	01	02					
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1501440	\$ 240230	\$ 240300	
Salud					COMPENSAR		\$ 187680	\$ 187800	
ARL				3	SURA		\$ 36575	\$ 36600	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 435748	\$ 464700	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número Cuenta	de 0550488445698829		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LAURA VALENTINA VALERO TORRES		2025-01-28 16:18:32		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA		2025-01-28 18:11:58		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-01-29 10:36:51		
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 15:48:58		

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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1001345910	LAURA VALENTINA VALERO TORRES		Cr22b 65b 77 sur	3133109331	
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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-01	2025-01	I	11/02/2025	84099858	TOTAL A PAGAR \$474.700

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	179.300	0		0		0	6	800	0	180.100	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	229.500	0	0	0	0	6	1.000	0	230.500	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	35.000				35.000	6	200	35.200			350	35.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.700	6	200	28.900	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	179.300	180.100
Pensión	1	229.500	230.500
Riesgos Laborales	1	35.000	35.200
CCF	1	28.700	28.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	472.500	474.700

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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-01	2025-01	I	11/02/2025	84099858	\$474.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1.434.336	229.500	0	0	0	0	EPS008	1.434.336	179.300	14-11	1.434.336	3	35.000	CCF24	1.434.336	28.700	0	0	0	0	0

PAGADA

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

5

6

7

8

9

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

Identificación 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
☐ ARL SURA 1001345910 CTO 6091-2024.pdf	ARL SURA 1001345910 CTO 6091-2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ Certificados cuenta de cobro.pdf	Certificados cuenta de cobro.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ julio. laura.valentinavalerotortes.cto.6091.2024.pdf	julio. laura.valentinavalerotortes.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
☐ 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
☐ 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
☐ Laura Valentina Valero Torres Cuenta de cobro Octubre.pdf	Laura Valentina Valero Torres Cuenta de cobro Octubre.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Laura Valentina Valero Torres cuenta de cobro noviembre.pdf	Laura Valentina Valero Torres cuenta de cobro noviembre.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Laura Valentina ValeroTorres cuenta de cobro diciembre.pdf	Laura Valentina ValeroTorres cuenta de cobro diciembre.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal