| | | |
|---|---|---|
| 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:** | ANGIE CATHERIN GUTIERREZ APONTE | | **Número de Documento:** | 1032467189 | |
| **Correo Electrónico:** | categutierrez@msn.com | | **Número Telefónico:** | 3107623099 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2935-2024 | **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 | 119 | 0 | 19550 | $2326450 | 91.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2326450** | **DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTAPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 6920700 | 1016 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 7272600 | 1553 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 7272600 | 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 | 2025-01-09 | 6 | $ 1290300 | 2962 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 7 | $ 1048050 | 26 |
| 8 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 8 | $ 1048050 | 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 | $ 1048050 | 26 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3519000 |
| 2 | MARZO | $ 3519000 |
| 3 | ABRIL | $ 3519000 |
| 4 | MAYO | $ 3753600 |
| 5 | JUNIO | $ 3519000 |
| 6 | JULIO | $ 3519000 |
| 7 | AGOSTO | $ 3988200 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3519000 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3284400 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3519000 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 3753600 |
| 12 | ENERO | $ 2326450 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 10908900** | **$ 46427850** | **$ 41739250** | **$ 4688600** |

| 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 Uci Neonatal , 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 clínica. |


***© Siasur - 2025***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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. |
| 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 fisica 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 rehabilitacion , 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 clínica. |
| 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 magneticos. |
| 9 | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Las demas actividades que se requieran propias del objeto contractual como terapeuta respiratoria dentro de la Subred Sur. | -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 de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 3753600 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9480546705 | - | | |
| 2024 | DICIEMBRE | 2025 | 01 | 21 | | | | |

| 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 | | SÁNITAS | | $ 187680 | **$ 187700** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 36575 | **$ 36600** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 435748** | **$ 464600** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BBVA COLOMBIA | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0179181557 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ANGIE CATERIN GUTIERREZ APONTE | 2025-01-27 20:39:12 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-01-29 23:03:47 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-01-30 16:18:13 |
| 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 15:49:14 |

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**

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1032467189 | | GUTIERREZ APONTE ANGIE CATERIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cr 55 2 13 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4205751 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1210392426 | 9480546705 | I | 2025/01/23 | 2025/01/21 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $464,600 |

**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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$1,501,440** | **$240,300** | | | **$1,501,440** | **$187,700** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,501,440** | | **$36,600** | | **$0** | **$0** | | **$464,600** |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$1,501,440** | **$240,300** | | | **$1,501,440** | **$187,700** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,501,440** | | **$36,600** | | **$0** | **$0** | | **$464,600** |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,501,440 | $240,300 | | | $1,501,440 | $187,700 | | | $0 | $0 | | | $1,501,440 | | $36,600 | | $0 | $0 | | $464,600 |
| 1 | CC | 1032467189 | GUTIERREZ ANGIE | | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,501,440 | $240,300 | EPS005 | 30 | $1,501,440 | $187,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,501,440 | 2.436% | $36,600 | 0 | $0 | $0 | No | $464,600 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,501,440 | $240,300 | | | $1,501,440 | $187,700 | | | $0 | $0 | | | $1,501,440 | | $36,600 | | $0 | $0 | | $464,600 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1032467189 | | GUTIERREZ APONTE ANGIE CATERIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cr 55 2 13 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4205751 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1210392426 | 9480546705 | I | 2025/01/23 | 2025/01/21 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $464,600 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $240,300 | $0 | $0 | $240,300 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $240,300 | $0 | $0 | $240,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $36,600 | $0 | $0 | $36,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $36,600 | $0 | $0 | $36,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $187,700 | $0 | $0 | $187,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $187,700 | $0 | $0 | $187,700 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$464,600** | **$0** | **$0** | **$464,600** |

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. 2935 - 2024.pdf | CUENTA FEBRERO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | CUENTA MARZO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | CUENTA ABRIL 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | CUENTA MAYO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | CUENTA JUNIO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | CUENTA JULIO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | CUENTA AGOSTO 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE 2024 -CTO. 2935 - 2024.pdf | CUENTA OCTUBRE 2024 -CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | CUENTA NOVIEMBRE 2024 - CTO. 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE 2024 - CTO - 2935 - 2024.pdf | CUENTA DICIEMBRE 2024 - CTO - 2935 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

12:32
◀ WhatsApp
LTE 80

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

**ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN - 2024**

ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN - 2024

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

2. Sexo:

Pregunta requerida

3. Grupo étnico

Pregunta requerida

e.almeraim.com