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:**	2025-02-01	**Hasta:**	2025-02-28	
Nombre del Contratista:	LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ		**Número de Documento:**	1012446193	
Correo Electrónico:	nathalysegura77@gmail.com		**Número Telefónico:**	3134142565	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3516-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
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	168	0	20664	$3471552	90.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3471552**	**TRES MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 1115856	
2	FEBRERO	$ 3471552	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 30748032	**$ 30748032**	**$ 4587408**	**$ 26160624**

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 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 Tunal en el area de hospitalizacion en Uci Adultos , 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 terapéutico de los insumos necesarios en el diario vivir.	-Se registra en el aplicativo dinámica gerencial las indicaciones dadas al paciente en la historia clínica.
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	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 diagnósticos y antecedentes del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de enfermedad cardiopulmonar que presente.	-Historia Clínica en el aplicativo Dinamica.
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 evaluacón fisica al paciente.
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	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 ventilación mecánica, fisiología 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	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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 hitoria clinica el resultado y procedimiento aplicado al paciente.	-Historia Clínica registrada en medios magnéticos.
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.	-Guias 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	$ 1115856
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	84130409	-		
2025	ENERO	2025	02	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		UN MILLON CIENTOQUINCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 229200**
Salud		FAMISANAR		$ 177938	**$ 179000**
ARL	3	POSITIVA		$ 34676	**$ 34900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 443100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4882025169

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ	2025-02-23 19:51:19
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-02-24 17:47:02
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-02-27 16:18:24
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	2025-03-13 10:16:38

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

© Siasur - 2025

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	1012446193	LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ	CL 11A 79A-60	6666666	nathalysegura777@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	
2025-01	2025-01	I	12/02/2025	84130409	$443.100	

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	179.000	0		0		0	0	0	0	179.000	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	229.200	0	0	0	0	0	0		229.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.900				34.900	0	0	34.900			349	34.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	179.000	179.000
Pensión	1	229.200	229.200
Riesgos Laborales	1	34.900	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	443.100	443.100

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	1012446193	LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ	CL 11A 79A-60	6666666	nathalysegura777@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

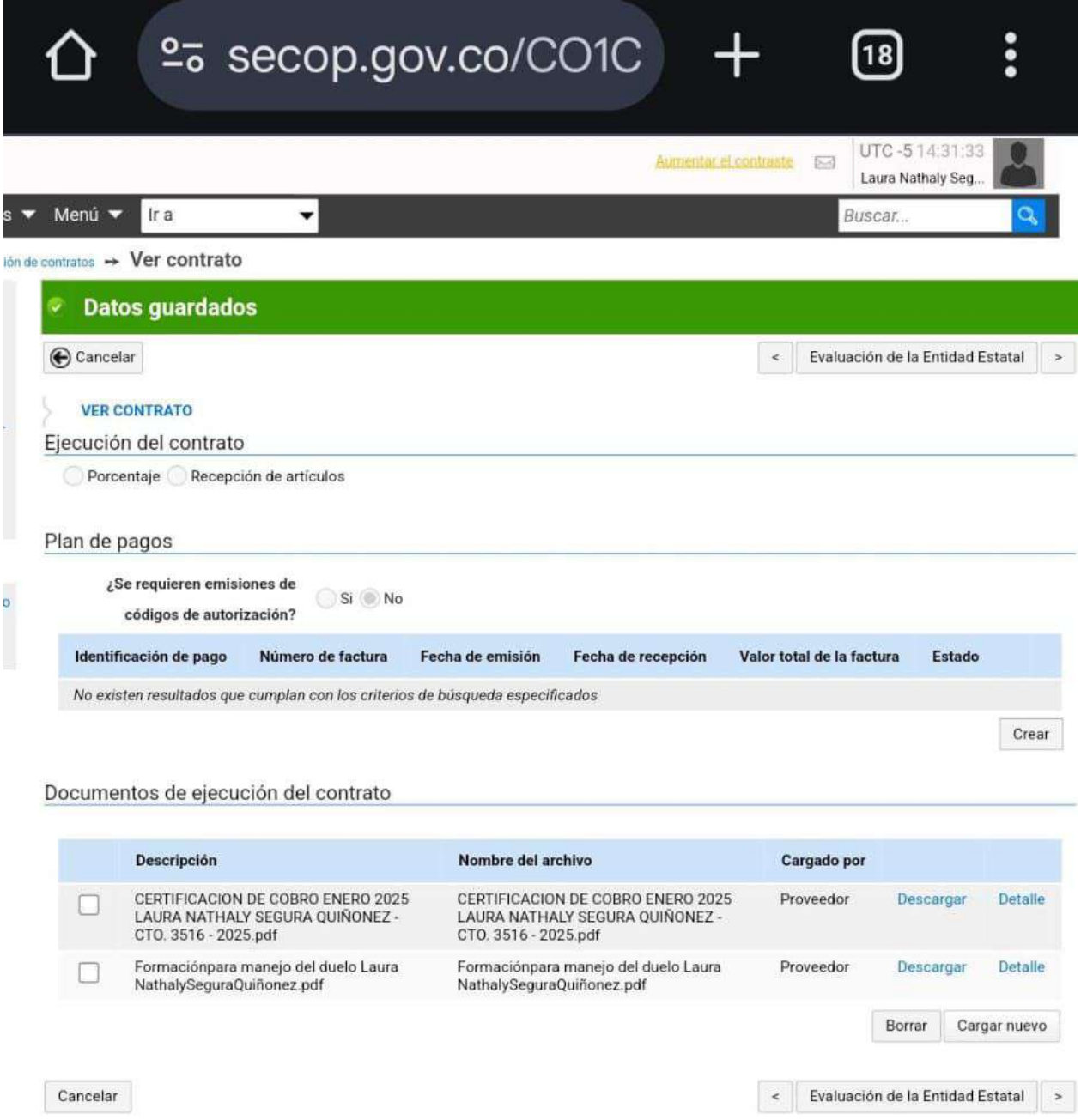
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	12/02/2025	84130409	$443.100	

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	1012446193	SEGURA QUIÑONEZ LAURA NATHALY	59	0			N							X										230201	1.432.000	229.200	0	0	0	0	EPS017	1.432.000	179.000	14-23	1.432.000	3	34.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


secop.gov.co/CO1C
18
Aumentar el contraste
UTC -5 14:31:33
Laura Nathaly Seg...
Menú
Ir a
Buscar...
ión de contratos → Ver contrato
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?
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
CERTIFICACION DE COBRO ENERO 2025 LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ - CTO. 3516 - 2025.pdf
CERTIFICACION DE COBRO ENERO 2025 LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ - CTO. 3516 - 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Formaciónpara manejo del duelo Laura NathalySeguraQuiñonez.pdf
Formaciónpara manejo del duelo Laura NathalySeguraQuiñonez.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO DE 2024.LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF.pdf	CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO DE 2024.LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MARZO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO #2903-2024.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MARZO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO #2903-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO ABRIL DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CT0 #2903-2024.pdf	CERTIFICACION DE COBRO ABRIL DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CT0 #2903-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MAYO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	CERTIFICACION DE COBRO MAYO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO JUNIO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	CERTIFICACION DE COBRO JUNIO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO JULIO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	CERTIFICACION DE COBRO JULIO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO AGOSTO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	CERTIFICACION DE COBRO AGOSTO DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO SEPTIEMBRE DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	CERTIFICACION DE COBRO SEPTIEMBRE DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO OCTUBRE DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	CERTIFICACION DE COBRO OCTUBRE DE 2024. LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ CTO # 2903-2024.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO NOVIEMBRE 2024 -LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ # CTO. 2903 - 2024.pdf	CERTIFICACION DE COBRO NOVIEMBRE 2024 -LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ # CTO. 2903 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO DICIEMBRE 2024 -LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ # CTO. 2903 - 2024.pdf.pdf	CERTIFICACION DE COBRO DICIEMBRE 2024 -LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZ # CTO. 2903 - 2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO ENERO 2025 LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZCTO # 2903 - 2024.pdf	CERTIFICACION DE COBRO ENERO 2025 LAURA NATHALY SEGURA QUIÑONEZCTO # 2903 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

SEGURA QUIONEZ LAURA NATHALY

1012446193

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

GESTIÓN DE EMOCIONES Y MANEJO DEL DUELO V2

Con una intensidad horaria de : 24 horas

Para constancia se expide:
enero 27, 2025

Vigencia de 2 años

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

BOGOTÁ