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:**	2025-03-01	**Hasta:**	2025-03-31	
Nombre del Contratista:	ERIKA ALEJANDRA CUELLAR LOZANO		**Número de Documento:**	1016050599	
Correo Electrónico:	alejakooo@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3144876610	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3476-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
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	174	0	20664	$3595536	93.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3595536**	**TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEISPESOS**					

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-24		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-03-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-03-01	2025-05-31	1	$ 8926848	26
2	2025-03-01	2025-05-31	2	$ 8926848	26
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 1611792	
2		FEBRERO		$ 3471552	
3		MARZO		$ 3595536	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7687008	**$ 25540704**	**$ 8678880**	**$ 16861824**

	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.	----Realizar las actividades correspondientes al perfil de terapia respiratoria, apoyando y brindando a los pacientes un adecuado manejo de la via aerea como signo vital para el normal desarrollo de las actividades del paciente, ayudando para alternar el funcionamiento de otros sistemas	----Informacion registrada en la historia clinica del paciente
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 educacion clinica 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 indentificar los problemas en salud respiratoria que se genere en la población	--- -guia y protocolos internos
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 los signos vitales, estado hemodinamico, evaluación cardiovascular. Verificar diagnosticos y antecedentes del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de enfermedad cardiopulmonar que presente	----historia clinica en el aplicativo dinamica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	--autorizacion formato consentimiento informado y evaluacion 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.	--dentificarse 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 deacuerdo a protocolos internos.	---guias 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 procesos como areas de ventilación mecanica, fisiologia pulmonar, programas domiciliarios y rehabilitación, de acuerod a la normatividad legal vigente.	--equipos e implementos para el desarrollode 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	-evolucion del paciente registrada en historia clinica
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 clìnica el resultado y procedimiento aplicado al paciente.	---historia clinica registrada en medios magneticos
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

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	$ 3471552
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9483445409	-		
2025	**FEBRERO**	**2025**	**03**	**27**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**TRES MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 228100**
Salud		FAMISANAR		$ 177938	**$ 178300**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 441200**

INFORMACIÓN DE PAGO

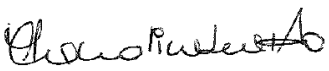
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488445899203

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ERIKA ALEJANDRA CUELLAR LOZANO	2025-03-26 21:15:43
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ERIKA ALEJANDRA CUELLAR LOZANO	2025-03-27 06:22:29
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ERIKA ALEJANDRA CUELLAR LOZANO	2025-03-27 06:23:35
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ERIKA ALEJANDRA CUELLAR LOZANO	2025-03-28 15:20:58
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-03-28 15:21:18
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ERIKA ALEJANDRA CUELLAR LOZANO	2025-03-28 15:22:58
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-03-28 20:06:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-03-30 12:55:15
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	2025-04-14 16:20:51

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS

© Siasur - 2025