| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-07-01 | **Hasta:** | 2025-07-31 | |
| **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 | 186 | 0 | 20664 | $3843504 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 3843504** | **TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUATROPESOS** | | | | | |

## 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 |
| 3 | 2025-05-16 | 2025-08-31 | 3 | $ 10910592 | 26 |

| | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | ENERO | $ 1611792 |
| 2 | FEBRERO | $ 3471552 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 3 | MARZO | $ 3595536 |
| 4 | ABRIL | $ 3471552 |
| 5 | MAYO | $ 3967488 |
| 6 | JUNIO | $ 4091472 |
| 7 | JULIO | $ 3843504 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7687008** | **$ 36451296** | **$ 24052896** | **$ 12398400** |

| 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 |
| 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 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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 clinica 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 |


***© 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 | $ 4091472 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9489540572 | - | | |
| 2025 | JUNIO | 2025 | 07 | 29 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1636589 | $ 261854 | **$ 263200** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 204574 | **$ 205600** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 39867 | **$ 40100** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 474971** | **$ 508900** |

## 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 | 2025-07-27 12:27:15 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | 2025-07-27 19:57:04 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ERIKA ALEJANDRA CUELLAR LOZANO | 2025-07-29 16:13:28 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ERIKA ALEJANDRA CUELLAR LOZANO | 2025-07-29 16:15:39 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | 2025-07-29 20:09:46 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-07-30 11:46:48 |

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***