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:**	2025-08-01	**Hasta:**	2025-08-31	
Nombre del Contratista:	LEIDY YULIANA QUINTIN ACOSTA		**Número de Documento:**	1013645042	
Correo Electrónico:	lquintina1@beroamericana.edu.co		**Número Telefónico:**	3114424147	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3518-2025	**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	180	0	20664	$3719520	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3719520**	**TRES MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-21		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 4959360	1314

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	$ 1239840
2	FEBRERO	$ 3471552
3	MARZO	$ 3967488
4	ABRIL	$ 3719520

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
5	MAYO	$ 3719520
6	JUNIO	$ 3719520
7	JULIO	$ 3967488
8	AGOSTO	$ 3719520

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 30748032	**$ 35707392**	**$ 27524448**	**$ 8182944**

	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 Meissen en el area de hospitalización 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 dinamica gerencial las indicaciones dadas al paciente en la historia clinica.
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 terapéutica 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.	-Historia Clínica en el aplicativo Dinamica.
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 hemodinámica, 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 evaluación física 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	-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.
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 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.	-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	$ 3967488
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9490310742	-		
2025	JULIO	2025	08	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1586995	$ 253919	**$ 254500**
Salud		FAMISANAR		$ 198374	**$ 198800**
ARL	3	SURA		$ 38659	**$ 38900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 460577**	**$ 492200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550455000071668

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY YULIANA QUINTIN ACOSTA	2025-08-27 16:21:50
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-08-27 17:35:43
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY YULIANA QUINTIN ACOSTA	2025-08-29 10:36:18
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-08-30 00:10:19
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-08-30 19:14:33

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013645042		QUINTIN ACOSTA LEIDY YULIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 74 sur 17f-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1701131431	9490310742	I	2025/08/12	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA	2	$497,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,574,000	$251,900			$1,574,000	$196,800			$1,574,000	$9,500			$1,574,000	$38,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,574,000	$251,900			$1,574,000	$196,800			$1,574,000	$9,500			$1,574,000	$38,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,574,000	$251,900			$1,574,000	$196,800			$1,574,000	$9,500			$1,574,000	$38,400		$0	$0
1	CC	1013645042	QUINTIN LEIDY	230301	30	$1,574,000	$251,900	EPS005	30	$1,574,000	$196,800	CCF21	30	$1,574,000	$9,500	14-11	30	$1,574,000	$38,400	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,574,000	$251,900			$1,574,000	$196,800			$1,574,000	$9,500			$1,574,000	$38,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013645042		QUINTIN ACOSTA LEIDY YULIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 74 sur 17f-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1701131431	9490310742	I	2025/08/12	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA	2	$497,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$251,900	$400	$0	$252,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$251,900	$400	$0	$252,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,400	$100	$0	$38,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$38,400	$100	$0	$38,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$100	$0	$9,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$9,500	$100	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,800	$300	$0	$197,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$196,800	$300	$0	$197,100
TOTAL				1	$496,600	$900	$0	$497,500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013645042		QUINTIN ACOSTA LEIDY YULIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 74 sur 17f-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1734646715	9491073998	N	2025/08/12	2025/08/29	BANCO DAVIVIENDA	17	$4,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$13,000	$2,100			$13,000	$1,600			$13,000	$100			$13,000	$300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$13,000	$2,100			$13,000	$1,600			$13,000	$100			$13,000	$300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$13,000	$2,100			$13,000	$1,600			$13,000	$100			$13,000	$300		$0	$0
1	CC	1013645042	QUINTIN LEIDY	230301	30	($1,574,000)	($251,900)	EPS005	30	($1,574,000)	($196,800)	CCF21	30	($1,574,000)	($9,500)	14-11	30	($1,574,000)	($38,400)	30	$0	$0
2	CC	1013645042	QUINTIN LEIDY	230301	30	$1,587,000	$254,000	EPS005	30	$1,587,000	$198,400	CCF21	30	$1,587,000	$9,600	14-11	30	$1,587,000	$38,700	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$13,000	$2,100			$13,000	$1,600			$13,000	$100			$13,000	$300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

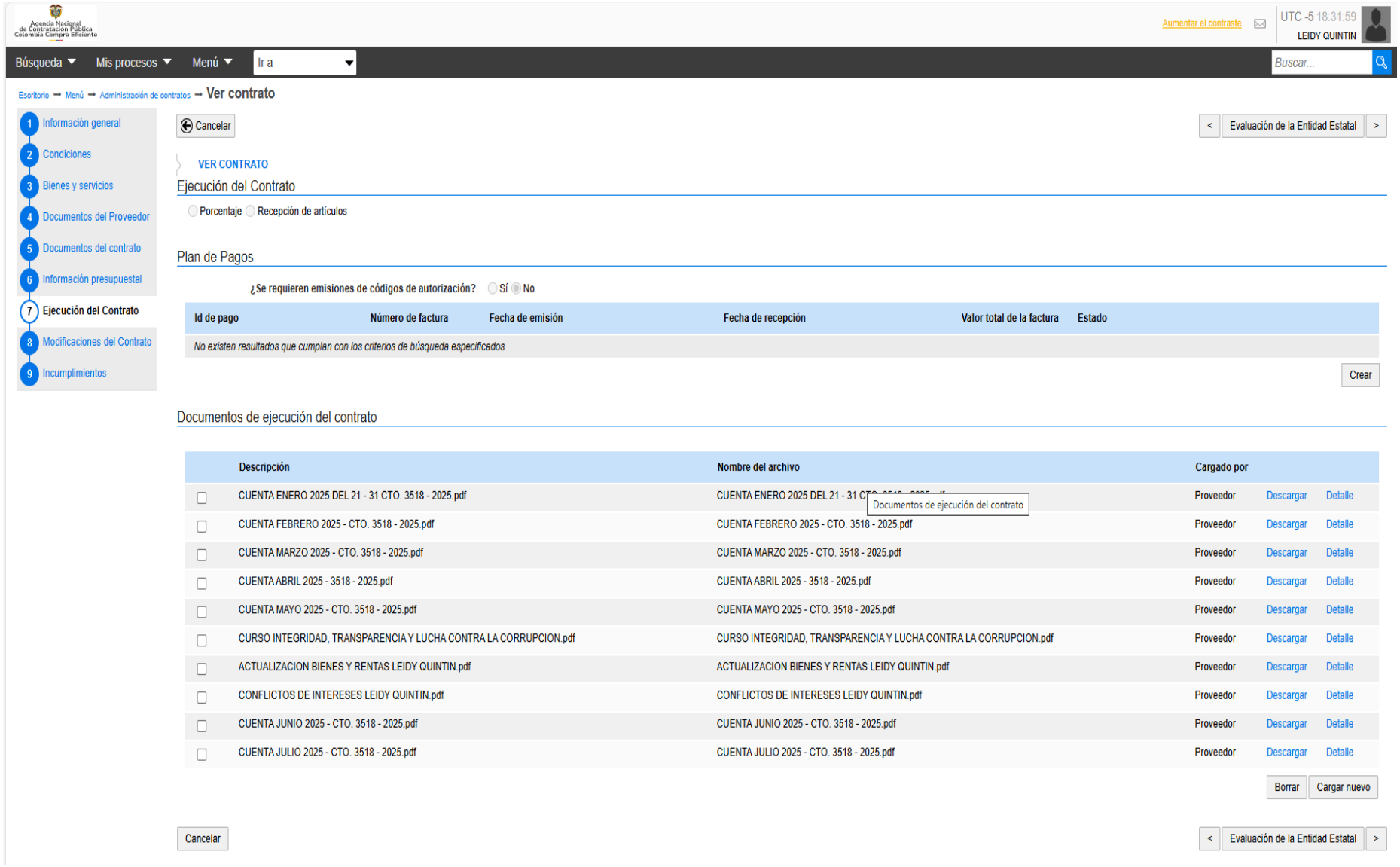
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013645042		QUINTIN ACOSTA LEIDY YULIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 74 sur 17f-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1734646715	9491073998	N	2025/08/12	2025/08/29	BANCO DAVIVIENDA	17	$4,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,100	$100	$0	$2,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$2,100	$100	$0	$2,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$100	$0	$400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$300	$100	$0	$400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100	$100	$0	$200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$100	$100	$0	$200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,600	$100	$0	$1,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,600	$100	$0	$1,700
TOTAL				1	$4,100	$400	$0	$4,500


Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 18:31:59
LEIDY QUINTIN
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➞ Menú ➞ Administración de contratos ➞ Ver contrato
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
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 ENERO 2025 DEL 21 - 31 CTO. 3518 - 2025.pdf
CUENTA FEBRERO 2025 - CTO. 3518 - 2025.pdf
CUENTA MARZO 2025 - CTO. 3518 - 2025.pdf
CUENTA ABRIL 2025 - 3518 - 2025.pdf
CUENTA MAYO 2025 - CTO. 3518 - 2025.pdf
CURSO INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION.pdf
ACTUALIZACION BIENES Y RENTAS LEIDY QUINTIN.pdf
CONFLICTOS DE INTERESES LEIDY QUINTIN.pdf
CUENTA JUNIO 2025 - CTO. 3518 - 2025.pdf
CUENTA JULIO 2025 - CTO. 3518 - 2025.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Documentos de ejecución del contrato
Borrar Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD

Se registró la información con éxito

Aceptar

Administrativo

Pregunta requerida

3. Unidad O Sede Donde Presta Su Servicio

Pregunta requerida

4. Antigüedad