| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-10-01 | **Hasta:** | 2025-10-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | ODALINDA PARRA MENDOZA | | **Número de Documento:** | 52557924 | |
| **Correo Electrónico:** | adalinda123@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3204460654 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | **Cargo:** | DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS | **Código - Grado:** | 009 - 05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3418-2025 | **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** | | 2025-01-24 | | **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 |
| 2 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 2 | $ 3719520 | 1767 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 1487808 |
| 2 | FEBRERO | $ 3471552 |
| 3 | MARZO | $ 3719520 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 4 | ABRIL | $ 3719520 |
| 5 | MAYO | $ 3967488 |
| 6 | JUNIO | $ 3719520 |
| 7 | JULIO | $ 3719520 |
| 8 | AGOSTO | $ 3967488 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 3719520 |
| 10 | OCTUBRE | $ 3719520 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 30748032** | **$ 39426912** | **$ 35211456** | **$ 4215456** |

| 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 pediatria , 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. | -Historia Clinica registrada en dinamica gerencial |
| 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 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. | -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 , revisar el 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 | 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 clinica. |
| 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 padres y/o cuidadores la evolución diaria y el estado de salud del paciente y registrar en historia clínica 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 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 | $ 3719520 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 1076411492 | - | | |
| **2025** | **SEPTIEMBRE** | **2025** | **10** | **14** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **TRES MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTEPESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1487808 | $ 238049 | **$ 242000** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 185976 | **$ 189000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 36243 | **$ 36900** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 431791** | **$ 467900** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO AV VILLAS | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 77808306 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ODALINDA PARRA MENDOZA | 2025-10-23 15:24:37 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | 2025-10-25 15:53:57 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-10-27 17:48:49 |
| 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 | 2025-11-18 12:41:21 |

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**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-10-14, 11:18:19 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076411492

**Periodo Cotización:** septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823526784

## PAGADO 14/10/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ODALINDA PARRA MENDOZA | | |
| **Documento** | CC52557924 | **Dirección** | CL 74A #66 - 72 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3204460654 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52557924 | ODALINDA PARRA MENDOZA | 59 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.512.000 | $ 242.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.512.000 | $ 189.000 | 2,436 | $ 1.512.000 | $ 36.900 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 467.900 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.512.000 | $ 1.512.000 | $ 1.512.000 | $ 0 | $ 242.000 | $ 189.000 | $ 36.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 467.900 | $ 2.200 | $ 470.100 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 15:48:58
ODALINDA PARRA

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 24 - 31 CTO. 3418 - 2025.pdf | CUENTA ENERO 2025 DEL 24 - 31 CTO. 3418 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA FEBRERO 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | CUENTA FEBRERO 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | CUENTA MARZO 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL 2025- CTO. 3418 - 2025.pdf | CUENTA ABRIL 2025- CTO. 3418 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | CUENTA MAYO 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO 2025 - CTO. 3418 -2025.pdf | CUENTA JUNIO 2025 - CTO. 3418 -2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DECLARACIÓN BIENES Y RENTAS ODALINDA PARRA.pdf | DECLARACIÓN BIENES Y RENTAS ODALINDA PARRA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERESES ODALINDA PARRA.pdf | DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERESES ODALINDA PARRA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO 2025 - CTO. 3418 - 2025 ODALINDA PARRA.pdf | CUENTA JULIO 2025 - CTO. 3418 - 2025 ODALINDA PARRA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | CUENTA AGOSTO 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE 2025 - CTO. 3418 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.


7:51
e.almeraim.com/surv
5
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
UNA PERSPECTIVA PARA CRECER
IDENTIFIQUE SU ROL
UNA PERSPECTIVA PARA CRECER
Se registró la información con éxito
Aceptar

10:16 4G

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

21SP - ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Considerando la importancia en la transformación cultural de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
nos
per
de
seg
dar
cua
erar
est
el
me
la
cor

A
los
es.

En
de
trabajo, servicio, dependencia o área clínica de la Unidad de Servicios de Salud, donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

1. ¿Cuál es su Unidad de Servicio de Salud dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.?

Pregunta requerida

2. ¿A que Dirección y/o Proceso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. hace parte?

21SP - ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registró la información con éxito

Aceptar