| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-11-01 | **Hasta:** | 2025-11-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | DALIS JOHANNA RAMIREZ BERNAL | | **Número de Documento:** | 52366985 | |
| **Correo Electrónico:** | johannadalis@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3188751874 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | **Cargo:** | DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS | **Código - Grado:** | 009 - 05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3462-2025 | **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 | 186 | 18 | 20664 | $4215456 | 109.7% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4215456** | **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 4215456 | 1314 |
| 2 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 2 | $ 4959360 | 1767 |
| 3 | 2025-11-14 | 2026-01-16 | 3 | $ 5455296 | 1890 |

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


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 3 | MARZO | $ 3471552 |
| 4 | ABRIL | $ 3719520 |
| 5 | MAYO | $ 3967488 |
| 6 | JUNIO | $ 3719520 |
| 7 | JULIO | $ 3223584 |
| 8 | AGOSTO | $ 4835376 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 3595536 |
| 10 | OCTUBRE | $ 3967488 |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 4215456 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 30748032** | **$ 45378144** | **$ 39674880** | **$ 5703264** |

| 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 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 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 | 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 clínica 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 Dinámica. |


***© Siasur - 2025***

| 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 ética y cordialmente y evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente. | -Autorización Formato Consentimiento Informado y evaluación física 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 clínica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna. | -Evolución del paciente registrada en historia clínica. |
| 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 clínica 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. | -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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 7996347871 | - | | $ 3967488 |
| 2025 | OCTUBRE | 2025 | 11 | 25 | | | | |

| 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 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1586995 | $ 253919 | **$ 254200** |
| Salud | | SURA | | $ 198374 | **$ 198600** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 38659 | **$ 38800** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 460577** | **$ 491600** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870443340 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | DALIS JOHANNA RAMIREZ BERNAL | 2025-11-26 23:01:45 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | 2025-11-27 19:22:20 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-12-01 01:45:30 |
| 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 | 2025-12-10 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**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52366985 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DALIS JOHANNA RAMIREZ BERNAL |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CR 5 ESTE 24 A 15 SUR | TELÉFONO: | 2060125 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7996347871** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 1 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/11/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1953962597 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 254.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 254.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 198.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 198.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 38.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 38.800** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 491.100** |
| **VALOR MORA:** | **$ 500** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 491.600** |

Planilla Pagada

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

### 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Vacunas Johanna.pdf | Vacunas Johanna.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTAENERO2025-DEL21-31-CTO.3462-2025.pdf | CUENTAENERO2025-DEL21-31-CTO.3462-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA FEBRERO 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | CUENTA FEBRERO 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO 2025- CTO. 3462 - 2025.pdf | CUENTA MARZO 2025- CTO. 3462 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | CUENTA ABRIL 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MAYO 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | CUENTA MAYO 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | certificado trasparencia e integridad 2025.pdf | certificado trasparencia e integridad 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | CUENTA JUNIO 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Declaración de conflicto de interés.pdf | Declaración de conflicto de interés.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Declaración Bienes y rentas.pdf | Declaración Bienes y rentas.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | CUENTA JULIO 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO 2025 - CTO. 3462 -2025.pdf | CUENTA AGOSTO 2025 - CTO. 3462 -2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | CUENTA OCTUBRE 2025 - CTO. 3462 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >