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:	ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN		**Número de Documento:**	1024586268	
Correo Electrónico:	ANGIENATA21@HOTMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3014609502	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3503-2025	**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	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	$ 5455296	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 4215456	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 4959360	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	$ 3719520
4	ABRIL	$ 3719520
5	MAYO	$ 3967488
6	JUNIO	$ 4215456
7	JULIO	$ 3719520
8	AGOSTO	$ 3967488
9	SEPTIEMBRE	$ 4215456
10	OCTUBRE	$ 3719520
11	NOVIEMBRE	$ 3719520

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 30748032	**$ 45378144**	**$ 39922848**	**$ 5455296**

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 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 terapeutico de los insumos necesarios en el diario vivir.	-Se registra en el aplicativo dinámica 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.	-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 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 Dinámica gerencial.

© 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 etica y cordialmente y evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente.	-Autorización Formato Consentimiento Informado y evaluación 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	-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 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 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 interno.

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	91546272	-		
2025	OCTUBRE	2025	11	19				
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	COLFONDOS	$ 1487808	$ 238049	**$ 238100**
Salud		COMPENSAR		$ 185976	**$ 186000**
ARL	3	SURA		$ 36243	**$ 36300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 431791**	**$ 460400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	91211373399

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN	2025-11-26 23:46:15
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-11-27 20:11:43
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-01 00:58:32
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 12:42:33

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024586268	ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN	cra 75 c n 60 90 sur	7826531	angienata21@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	19/11/2025	91546272	$490.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	186.000	0		0		0	0	0	0	186.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	238.100	0	0	0	0	0	0		238.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	36.300				36.300	0	0	36.300			363	36.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.800	0	0	29.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	186.000	186.000
Pensión	1	238.100	238.100
Riesgos Laborales	1	36.300	36.300
CCF	1	29.800	29.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	490.200	490.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024586268	ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN		cra 75 c n 60 90 sur	7826531	angienata21@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	19/11/2025	91546272	$490.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024586268	GOMEZ BARRAGAN ANGIE NATALIA	59	0			N								X								231001	1.487.808	238.100	0	0	0	0	EPS008	1.487.808	186.000	14-11	1.487.808	3	36.300	CCF24	1.487.808	29.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE ENERO 2025 - ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503 -2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE ENERO 2025 - ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503 -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	SOPORTE (TITULACION DE HEPATITIS B).pdf (Archivado)	SOPORTE (TITULACION DE HEPATITIS B).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE TITULACION DE HEPATITIS B.pdf	SOPORTE TITULACION DE HEPATITIS B.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE FEBRERO 2025 - ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503 - 2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE FEBRERO 2025 - ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE MARZO 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO# 3503-2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE MARZO 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO# 3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE ABRIL 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO #3503-2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE ABRIL 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO #3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICACION DE COBRO MES DE MAYO - 2025 ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503 -2025.pdf (Archivado)	CERTIFICACION DE COBRO MES DE MAYO - 2025 ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503 -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE MAYO -2025 ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO# 3503-2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE MAYO -2025 ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO# 3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTUALIZACION BIENES Y RENTAS SIDEAP 2025.pdf	ACTUALIZACION BIENES Y RENTAS SIDEAP 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTULIZACION DECLARACION JURAMENTADA 2025.pdf	ACTULIZACION DECLARACION JURAMENTADA 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTUALIZACION CURSO TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION 2025.pdf	ACTUALIZACION CURSO TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION VACUNA INFLUENZA 2025.pdf	CERTIFICACION VACUNA INFLUENZA 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE JUNIO -2025 ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO#3503-2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE JUNIO -2025 ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO#3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SIGEP DBR-RCI ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CONTRATISTA CC 1024586268.pdf	SIGEP DBR-RCI ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CONTRATISTA CC 1024586268.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE JULIO 2025- ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO #3503-2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE JULIO 2025- ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO #3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE AGOSTO 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503-2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE AGOSTO 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICACION DE COBRO MES DE OCTUBRE 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503-2025.pdf (Archivado)	CERTIFICACION DE COBRO MES DE OCTUBRE 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503-2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE 2025-ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE OCTUBRE 2025- ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503 -2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE OCTUBRE 2025- ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503 -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo