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:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON		**Número de Documento:**	1076669850	
Correo Electrónico:	liz.nocua0508@gmail.com		**Número Telefónico:**	3165406538	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3612-2025	**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	12	20664	$3967488	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3967488**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS**					

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	$ 5207328	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 3719520	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	$ 3967488
4	ABRIL	$ 3719520
5	MAYO	$ 3967488
6	JUNIO	$ 3719520
7	JULIO	$ 3719520
8	AGOSTO	$ 3967488
9	SEPTIEMBRE	$ 3719520
10	OCTUBRE	$ 3719520
11	NOVIEMBRE	$ 3719520

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 30748032	**$ 44634240**	**$ 39178944**	**$ 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	-Realizar mis actividades como terapeuta respiratoria, apoyando y brindando a los pacientes, un manejo adecuado de la vía aérea como signo vital para el desarrollo normal de las actividades del paciente, ayudando para alternar el funcionamiento de otros sistemas	-Informe registro en la historia clínica 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 educación clínica funcional y terapéutica de los problemas de salud cardiorrespiratorios 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 genere en la población.	-Guías 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 clínica del paciente su evolución diaria tales como signos vitales, estado hemodinámico, evaluación cardiovascular, y respiratoria. Verificar diagnósticos y antecedentes del paciente, definiendo procedimientos para establecer el tipo de enfermedad cardiopulmonar que presenta.	-Historia clínica en aplicativo dinámico

© 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	Realizar autorización y/o consentimiento del paciente al procedimiento, aplicar medidas de bioseguridad, entrevistar al paciente ética y cordialmente y evaluar cuidadosamente el estado cardiorrespiratorio del paciente.	-Autorización formato, consentimiento informado y evaluación física del 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.	-Guías 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 áreas de ventilación mecánica, fisiología pulmonar, programas domiciliarios y rehabilitación, de acuerdo a la normatividad 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 cardiorrespiratorio del paciente. Informar y explicar al paciente sobre los procedimientos a seguir, posteriormente reportar los resultados al medio tratante y anotar en la historia clínica su evolución, registrar procedimientos según normatividad interna	-Evolución del paciente registrado 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
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las demás actividades que se requieren, propias del objeto contractual como perfil de terapia respiratoria dentro de la subred Sur ESE.	-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**	91847643	-		
2025	**NOVIEMBRE**	**2025**	**12**	**11**				
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1487808	$ 238049	**$ 238100**
Salud					NUEVA EPS		$ 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**	91231455243

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON	2025-12-11 13:38:25
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-12-13 23:25:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-15 22:27:21

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

© Siasur - 2025

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	1076669850	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON	Calle 152 #54-39	3165406538	liz.nocua0508@gmail.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	
2025-12	2025-12	I	29/12/2025	92690591	$460.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	460.400	460.400

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	1076669850	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON		Calle 152 #54-39	3165406538	liz.nocua0508@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-12	2025-12	I	29/12/2025	92690591	$460.400	

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	Exonerado	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	1076669850	NOCUA RINCON LIZETH DAYANA	57	0			N																	25-14	1.487.900	238.100	0	0	0	0	EPS037	1.487.900	186.000	14-11	1.487.900	3	36.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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		
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - ENERO - 3612-2025.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - ENERO - 3612-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - FEBRERO - 2025.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - FEBRERO - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - MARZO - 3612-2025.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - MARZO - 3612-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - ABRIL- 3612-2025.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - ABRIL- 3612-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - MAYO - 3612-2025.pdf.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - MAYO - 3612-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - JUNIO - 3612-2025.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - JUNIO - 3612-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - JULIO- 3612-2025.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - JULIO- 3612-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - AGOSTO-3612-2025.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - AGOSTO-3612-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - SEPTIEMBRE -3612-2025.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - SEPTIEMBRE -3612-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	IZETH DAYANA NOCUA RINCON - OCTUBRE-3612-2025.pdf	IZETH DAYANA NOCUA RINCON - OCTUBRE-3612-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - NOVIEMBRE- 3612-2025.pdf	LIZETH DAYANA NOCUA RINCON - NOVIEMBRE- 3612-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >