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:**	2026-01-01	**Hasta:**	2026-01-31	
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	186	30	20664	$4463424	116.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4463424**	**CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATROPESOS**					

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
4	2026-01-10	2026-01-31	4	$ 3223584	81
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 1487808	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 3471552
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
12	DICIEMBRE	$ 4215456
13	ENERO	$ 4463424

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 30748032	**$ 48601728**	**$ 48601728**	**$ 0**

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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.
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	$ 4215456
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	5052068	-		
2025	DICIEMBRE	2026	01	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1686182	$ 269789	**$ 285800**
Salud		COMPENSAR		$ 210773	**$ 223300**
ARL	3	SURA		$ 41075	**$ 43600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 489364**	**$ 552700**

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	2026-01-22 16:53:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN	2026-01-23 10:31:49
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-01-24 22:15:18
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-01-28 11:05:21
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	2026-02-19 13:58:14

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 INTEGRA

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

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					
Código EPS	**Nombre**	**NIT**	**Cotización Obligatoria**	**UPC Adicional**	**No**
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	24.800	0	

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	**Nombre**	**NIT**	**Cotización Obligatoria**	**Apo**
231001	Colfondos	800227940-6	31.700	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRA

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

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																						
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**	**V o**			
1	CC	1024586268	GOMEZ BARRAGAN ANGIE NATALIA	59	0			N								X									231001	1.785.369	285.700				

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRA

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

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				
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**	**Vo o A**
1	CC	1024586268	GOMEZ BARRAGAN ANGIE NATALIA	59	0			N								X									231001	1.586.995	254.000	

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
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE NOVIEMBRE 2025 - ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO #3503-2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE NOVIEMBRE 2025 - ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO #3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION DE COBRO MES DE DICIEMBRE 2025- ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503-2025.pdf	CERTIFICACION DE COBRO MES DE DICIEMBRE 2025- ANGIE NATALIA GOMEZ BARRAGAN CTO # 3503-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo