

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-08-01	Hasta:	2026-08-31
Nombre del Contratista:	ANA LEYDA SOLER PEÑA		Número de Documento:	52223356
Correo Electrónico:	ana.soler.0508@gmail.com		Número Telefónico:	3112889752
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3525-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	303
Perfil:	TERAPEUTA RESPIRATORIO				
Dirección a la que Pertenecer:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
M12ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	192	24	21866	\$4723056	112.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4723056	CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL CINCUENTA Y SEISPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-02			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-05-15		1	\$ 524784	1083
2	2026-06-09	2026-08-31	2	\$ 8396544	1242
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	FEBRERO			\$ 3804684	
2	MARZO			\$ 4854252	
3	ABRIL			\$ 3935880	

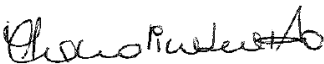
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	MAYO	\$ 4460664	
5	JUNIO	\$ 4460664	
6	JULIO	\$ 4460664	
7	AGOSTO	\$ 4723056	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 20991360		\$ 29912688	\$ 30699864
			\$ -787176
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar servicios profesionales especializados como Terapeuta Respiratorio, en calidad de apoyo terapéutico, orientados a la atención de usuarios de LA SUBRED SUR E.S.E., conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente que regula la prestación de servicios de salud, atendiendo las necesidades asistenciales previamente definidas por la Entidad.	-Las actividades como Terapeuta Respiratoria ,en la unidad de Meissen en el area de hospitalización 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 terapeutico de los insumos necesarios en el diario vivir. -	-Se registra en el aplicativo dinamica gerencial las indicaciones dadas al paciente en la historia clinica.
2	2. Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, a nivel individual, familiar y comunitario, en coherencia con los lineamientos institucionales y las políticas públicas aplicables.	-Realizar educación clínica funcional y terapeutica 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 de manera autónoma y responsable la información derivada de la atención terapéutica en la historia clínica del usuario, garantizando que esta sea veraz, secuencial, coherente, legible, clara y completa, sin tachaduras ni enmendaduras, y utilizando únicamente siglas internacionalmente aceptadas, de conformidad con los criterios de integralidad, racionalidad científica y oportunidad establecidos en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017, y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	-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 Dinamica.
4	4. Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con el apoyo terapéutico respiratorio, observando las disposiciones técnicas y científicas vigentes, así como el diligenciamiento del consentimiento informado cuando a ello haya lugar, y el cumplimiento de 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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Contribuir al apoyo técnico en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como en la consolidación de información requerida para la trazabilidad y análisis de indicadores en salud, de acuerdo con los lineamientos definidos por la Entidad.	-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 su gestión profesional con los equipos misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., con el fin de favorecer el manejo integral y continuo del paciente, en observancia de la normatividad legal y técnica vigente, sin que dicha articulación implique subordinación o dependencia laboral.	-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 legal vigente.	-Equipos e implementos para el desarrollo de los procedimientos a los pacientes.
7	7. Realizar la valoración clínica, diagnóstico funcional y definición del plan de manejo terapéutico respiratorio, de conformidad con el cuadro clínico del paciente que acude a LA SUBRED SUR E.S.E., efectuando el seguimiento correspondiente hasta su egreso o continuidad en atención ambulatoria, según criterio profesional.	-Evaluar cuidadosamente el estado respiratorio del paciente, informar y explicar al paciente sobre el procedimiento a seguir, posteriormente reportar resultados al médico tratante y anotar en historia clínica su evolución, registrar procedimientos según normativa interna.	-Evolución del paciente registrada en historia clínica.
8	8. Brindar información clara y oportuna al familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable del cuidado del paciente, sobre la evolución, riesgos o posibles complicaciones del cuadro clínico objeto de atención, dentro del marco de la ética profesional y la confidencialidad de la información.	-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	9. Ejecutar otras actividades propias del perfil profesional de Terapeuta Respiratorio que contribuyan al fortalecimiento de las actividades misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., siempre que se encuentren relacionadas con el objeto contractual y no impliquen funciones propias de un vínculo laboral.	-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	6033067518	-		\$ 4460664	
2026	JULIO	2026	08	24					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1784266	\$ 285483	\$ 285500	
Salud					EPS SÁNTITAS		\$ 223033	\$ 223100	
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 43465	\$ 43500	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 517830	\$ 552100	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870293208	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA LEYDA SOLER PEÑA		2026-09-01 11:13:02		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2026-09-01 12:13:12		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-09-01 12:55:35		
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		2026-09-15 11:10:18		

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

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 285.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.200	\$ 0	\$ 285.500	\$ 2.200	\$ 287.700
SUBTOTALES:										\$ 285.500	\$ 2.200	\$ 287.700

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 223.100	\$ 0	\$ 1.700	\$ 0	\$ 223.100	\$ 1.700	\$ 0	\$ 224.800
SUBTOTALES:									\$ 223.100				\$ 223.100	\$ 1.700	\$ 0	\$ 224.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 43.500	\$ 43.500	\$ 400	\$ 0	\$ 43.900
SUBTOTALES:									\$ 43.500	\$ 400	\$ 0	\$ 43.900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 35.700	\$ 300	\$ 36.000
SUBTOTALES:			\$ 35.700	\$ 300	\$ 36.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURO				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 52223356	SOLER PENA ANA LEYDA	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.941.701			NO								01-30										25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.784.300	\$ 285.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 285.500	EPS005- SANITAS S.A	30	\$ 1.784.300	\$ 223.100	\$ 0	\$ 223.100	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.784.300	\$ 522.3356	\$ 43.500	30	\$ 1.784.300	SCCF22- 1.784.300COLSUBSI DIO	\$ 35.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 592.400
----------------------	-------------------

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 FEBRERO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO APROBACION ADMINISTRACION DEL RIESGO.pdf	CERTIFICADO APROBACION ADMINISTRACION DEL RIESGO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO CURSO DENGUE.pdf	CERTIFICADO CURSO DENGUE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO TERAPEUTA.pdf	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO TERAPEUTA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	CUENTA MARZO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3525 2026.pdf	PS 3525 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	CUENTA MAYO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO ARL ANA LEYDA SOLER.pdf	CERTIFICADO ARL ANA LEYDA SOLER.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DECLARACION BIENES Y RENTAS.pdf	DECLARACION BIENES Y RENTAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DECLARACION CONFLICTO DE INTERES.pdf	DECLARACION CONFLICTO DE INTERES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DECLARACION SIGEP.pdf	DECLARACION SIGEP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO APROBACION MANEJO DEL DUELO.pdf	CERTIFICADO APROBACION MANEJO DEL DUELO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	CUENTA JUNIO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	CUENTA JULIO 2026 - CTO. 3525 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



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

ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL

Se registró la información con
éxito

Aceptar

Así mismo y para todos los efectos legales que puede recaer sobre la empresa debido a la información aportada, nos permitimos recordar que todos los datos consignados en la presente encuesta son veraces (de acuerdo con el C. S.



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

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD

Se registró la información con
éxito

Aceptar



Administrativo

Pregunta requerida

3. Unidad O Sede Donde Presta Su Servicio

