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:**	2026-09-01	**Hasta:**	2026-09-30	
Nombre del Contratista:	LUZ ANGELA CASALLAS MORENO		**Número de Documento:**	52384091	
Correo Electrónico:	angelakamo@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3102931157	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3546-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	303
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	36	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	2026-06-09	2026-08-31	1	$ 7740564	1242
2	2026-09-01	2026-09-30	2	$ 4067076	1764

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 4067076
2	MARZO	$ 3935880
3	ABRIL	$ 4067076

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	MAYO	$ 4329468
5	JUNIO	$ 3935880
6	JULIO	$ 4067076
7	AGOSTO	$ 3804684

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20991360	**$ 32799000**	**$ 28207140**	**$ 4591860**

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.	En el área de urgencias adultos y pediatria	Historia clínica
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.	Cumplir con la atención oportuna y de calidad de acuerdo a las necesidades del servicios	Historia clínica
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.	Realizar el adecuado y apropiado proceso dentro del sistema dinámica	Historia clínica
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.	Revisión periódica de protocolos y guías de manejo	Historia clínica

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.	Cumplir con la atención de los usuarios brindando la mejor información correcta y veraz	Historia clínica
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.	Cumplir con las normas legales, trabajar en equipo para el manejo integral del usuario	Historia clínica
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.	Realizar valoración, diagnostico y plan de tratamiento	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.	Brindar información acerca de el estado de salud de forma oportuna, veraz al usuario y a sus cuidadores	Historia clínica
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.	Cumplir a cabalidad con cada de las obligaciones y actividades que corresponden dentro de las competencias de cada profesional.	Historia clínica

© Siasur - 2026

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	$ 3804684
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1084531747	-		
2026	AGOSTO	2026	09	16				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1750905	$ 280145	**$ 280200**
Salud		FAMISANAR		$ 218863	**$ 218900**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 541800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870310911

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ ANGELA CASALLAS MORENO	2026-10-01 22:19:08
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-10-02 10:54:52
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-10-02 15:10:38

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 - 2026

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-10-01, 10:00:37 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1084531747 **Referencia pago(PIN)** 8823919232

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

Cliente:

PAGADA 2026-09-16

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ANGELA CASALLAS MORENO				
Documento	CC 52384091	**Dirección**	TV 53BIS #2 - 08		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102931157		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52384091		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CASALLAS MORENO LUZ ANGELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

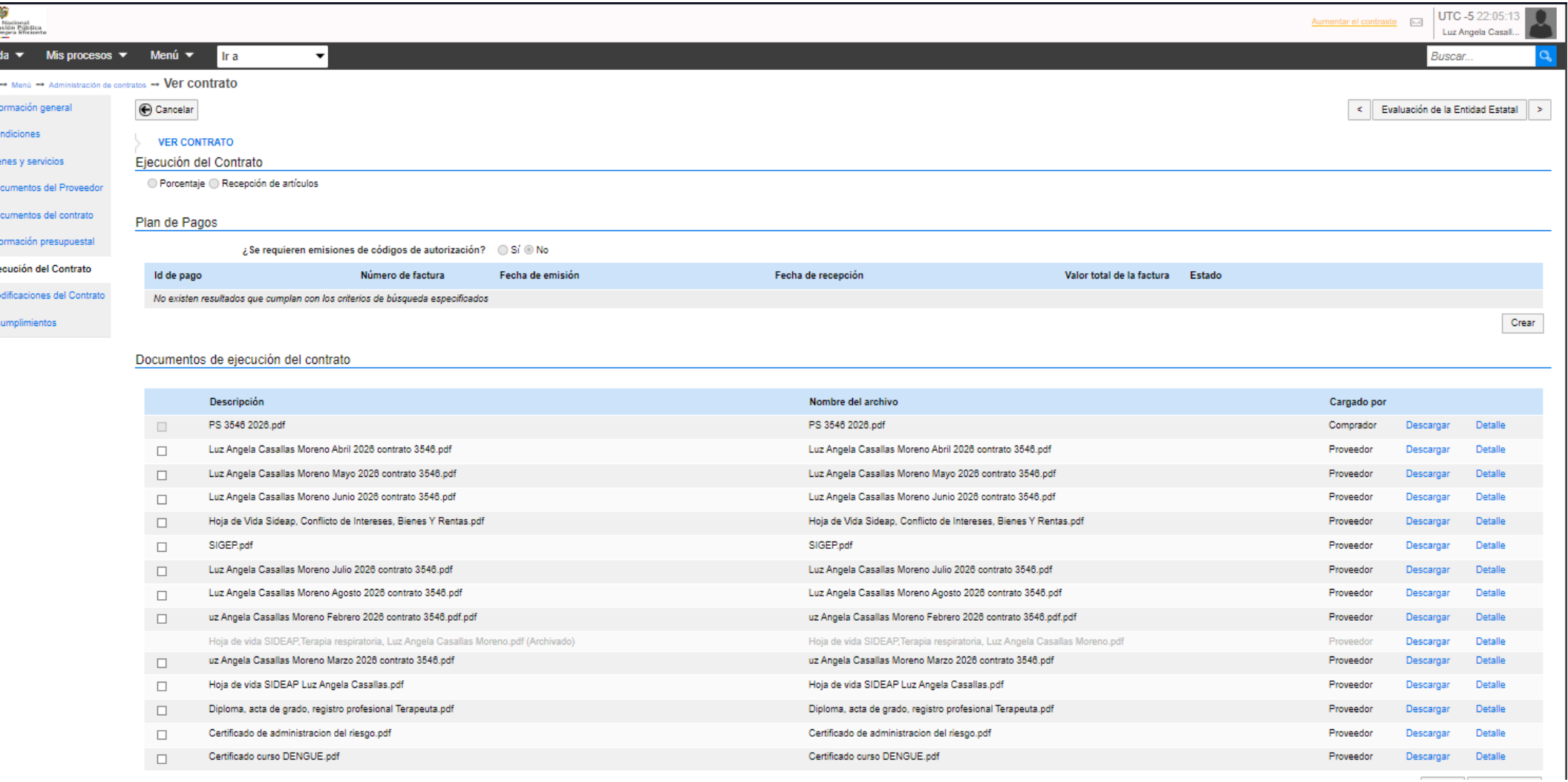
Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.750.905	25-14		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!



Aumentar el contraste
UTC -5 22:05:13
Luz Angela Casall...
da
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Menú → Administración de contratos → Ver contrato
ormación general
ndiciones
enes y servicios
cumentos del Proveedor
cumentos del contrato
ormación presupuestal
ecución del Contrato
odificaciones del Contrato
umplimientos
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
PS 3546 2026.pdf | PS 3546 2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle
Luz Angela Casallas Moreno Abril 2026 contrato 3546.pdf | Luz Angela Casallas Moreno Abril 2026 contrato 3546.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Luz Angela Casallas Moreno Mayo 2026 contrato 3546.pdf | Luz Angela Casallas Moreno Mayo 2026 contrato 3546.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Luz Angela Casallas Moreno Junio 2026 contrato 3546.pdf | Luz Angela Casallas Moreno Junio 2026 contrato 3546.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Hoja de Vida Sideap, Conflicto de Intereses, Bienes Y Rentas.pdf | Hoja de Vida Sideap, Conflicto de Intereses, Bienes Y Rentas.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
SIGEP.pdf | SIGEP.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Luz Angela Casallas Moreno Julio 2026 contrato 3546.pdf | Luz Angela Casallas Moreno Julio 2026 contrato 3546.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Luz Angela Casallas Moreno Agosto 2026 contrato 3546.pdf | Luz Angela Casallas Moreno Agosto 2026 contrato 3546.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
uz Angela Casallas Moreno Febrero 2026 contrato 3546.pdf.pdf | uz Angela Casallas Moreno Febrero 2026 contrato 3546.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Hoja de vida SIDEAP,Terapia respiratoria, Luz Angela Casallas Moreno.pdf (Archivado) | Hoja de vida SIDEAP,Terapia respiratoria, Luz Angela Casallas Moreno.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
uz Angela Casallas Moreno Marzo 2026 contrato 3546.pdf | uz Angela Casallas Moreno Marzo 2026 contrato 3546.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Hoja de vida SIDEAP Luz Angela Casallas.pdf | Hoja de vida SIDEAP Luz Angela Casallas.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Diploma, acta de grado, registro profesional Terapeuta.pdf | Diploma, acta de grado, registro profesional Terapeuta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Certificado de administracion del riesgo.pdf | Certificado de administracion del riesgo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Certificado curso DENGUE.pdf | Certificado curso DENGUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle

67c9d452-9d79-460f-a549-c26cc38a8665

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Luz Angela Casallas Moreno

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

28 de septiembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67c9d452-9d79-460f-a549-c26cc38a8665

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

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD

1. Tipo De Vinculación

Preg

2. N

Pregunta requerida

3. Unidad O Sede Donde Presta Su Servicio

Pregunta requerida

4. Antigüedad

Pregunta requerida

5. Sexo

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD

Se registró la información con éxito

Aceptar