

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS		

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-07-01	Hasta:	2024-07-31	
Nombre del Contratista:	CAMILA ALEJANDRA MORENO AGUILERA		Número de Documento:	1024598145	
Correo Electrónico:	kamilaaalejandraa@hotmail.com		Número Telefónico:	3209478386	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	Cargo:	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4652-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	682
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR - TRANSCRIPTOR)				
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
L04VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	54	0	8900	\$480600	29%
L04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	48	0	8900	\$427200	25.8%
L04VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MANUELA BELTRÁN	24	0	8900	\$213600	12.9%
L04VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS VISTA HERMOSA	54	0	8900	\$480600	29%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1602000	UN MILLON SEISCIENTOS DOS MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO						
Fecha de Inicio del Contrato		2024-04-11		Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2024-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
1	2024-06-01	2024-08-31	1	\$ 2207200	1555
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ABRIL		\$ 427200	
2		MAYO		\$ 1655400	
3		JUNIO		\$ 1335000	
4		JULIO		\$ 1602000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 4966200		\$ 7173400		\$ 5019600	\$ 2153800
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Prestar servicios de apoyo en las áreas asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta	-Recibir las ordenes medicas y el dictado del especialista. Transcribir las ecografías en Excel y Word. Cargar los informes de las ecografías en el aplicativo Dinámica. Entregar los informes de las ecografías transcritas a los pacientes en el menor tiempo posible		-Informe de las ecografías en el aplicativo Dinámica. Informe de las ecografías entregadas al paciente	
2	Realizar actividades de apoyo administrativo a los profesionales en el área de Imagenología, de manera personal y con autonomía, en cumplimiento de las guías de manejo y protocolos propios del Subproceso.	-Tener organizadas en los archivos del computador las ecografías por fechas, nombres y documentos de los pacientes. Dar cumplimiento a las citas de ecografías de consulta externa.		-Archivos en el computador (Word y Excel). Aplicativo Dinámica.	
3	Transcripción de reportes de Imagenología garantizando la veracidad del informe dictado por el medico radiólogo,	-Búsqueda y entrega de resultados de ecografías ginecológicas que sean solicitadas por el supervisor.		- Informes	
4	Garantizar que los reportes queden en la historia clínica del paciente una vez validados por el medico radiólogo.	-Cumplir con los procedimientos establecidos por la subred como verificación de los datos personales del paciente al momento de la búsqueda y entrega de resultados		- Informes	
5	Conocer y aplicar los manuales, guías, protocolos y procedimientos establecidos en cada proceso, para obtener estándares satisfactorios en el desarrollo de sus actividades	-Informar a mi supervisor cuando se presente inconvenientes y dificultades durante la atención en cuanto a resultado que no aparezcan en el sistema, estudios duplicados, citas extras.		-Informes	
6	Elaborar y entregar los informes necesarios y hacer su respectivo seguimiento.	- Registrar en el aplicativo Dinámica los resultados de las ecografías y dar cumplimiento a las citas.		- Aplicativo dinámica	
7	Realizar el registro diario de los estudios realizados por el especialista.	- Cumplir con las demas actividades que me sean asignadas por mi supervisor y estén relacionadas con el objeto de mi contrato.		-Drive.	

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	9469071690	-		\$ 1335000	
2024	JUNIO	2024	07	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 208000	
Salud					COMPENSAR		\$ 162500	\$ 162500	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 31700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 402200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	01382751651		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CAMILA ALEJANDRA MORENO AGULERA		2024-07-25 17:11:39		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ		2024-07-28 09:59:28		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-07-31 09:42:16		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA		2024-08-13 15:32:50		

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.

Claudia Mora Diaz

CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ
DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1024598145		MORENO AGUILERA CAMILA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 63BIS #74A-56 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	766064559	9469071690	I	2024/07/11	2024/07/10	NEQUI	0	\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,300,000	\$208,000			\$ 1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$ 1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,300,000	\$208,000			\$ 1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$ 1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$ 1,300,000	\$208,000			\$ 1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$ 1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
1	CC	1024598145	MORENO CAMILA	230301	30	\$ 1,300,000	\$208,000	EPS008	30	\$ 1,300,000	\$162,500	0		\$0	14-11	30	\$ 1,300,000	\$31,700	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$ 1,300,000	\$208,000			\$ 1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$ 1,300,000	\$31,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024598145		MORENO AGUILERA CAMILA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 638IS #74A-56 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	766064559	9469071690	I	2024/07/11	2024/07/10	NEQUI	0	\$402,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200	

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	CAMILA ALEJANDRA MORENO AGUILERA
Identificación:	1024598145
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	
Correo:	kamilaaalejandraa@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	18/07/24 0:00

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante el ejercicio del cargo

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 18-jul-2024

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CAMILA ALEJANDRA MORENO AGUILERA
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1024598145 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección KR 78 C 44 27 SUR Teléfonos 3209478386 7520101

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Claudia Andrea Aguilera Piñeros	52871051	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 1.636.986,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 200.000,00
TOTAL	\$ 1.836.986,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	01382751651	bancolombia	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
CODENSA	TARJETA DE CREDITO	\$ 200.000,00
TUYA	TARJETA DE CREDITO	\$ 1.300.000,00



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 18-jul-2024

OLIMPICA	TARJETA DE CREDITO	\$ 1.800.000,00
----------	--------------------	-----------------

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
CAMILA ALEJANDRA MORENO AGUILERA 18/07/2024 18:54:40

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-jul-2024

CIUDAD Y FECHA