

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-06-01	Hasta:	2025-06-30
Nombre del Contratista:	YURY ANDREA TELLEZ DULCEY		Número de Documento:	1013604669
Correo Electrónico:	yuyuan4221@gmail.com		Número Telefónico:	3143764889
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8283-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2836
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V02TP295	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	179	0	36055	\$6453845	96.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6453845	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-12-07			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-01-15
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-12-31	2025-02-14	1	\$ 7571550	47
2	2025-01-16	2025-02-14	2	\$ 7571550	47
3	2025-02-01	2025-03-31	3	\$ 9302190	313
4	2025-03-29	2025-04-30	4	\$ 5840910	626
5	2025-04-24	2025-05-18	5	\$ 0	0
6	2025-05-16	2025-05-31	6	\$ 6453845	866

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
7	2025-05-26	2025-06-30	7	\$ 6489900	896		
8	2025-06-21	2025-07-30	8	\$ 6093295	1064		
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		DICIEMBRE		\$ 6273570			
2		ENERO		\$ 7787880			
3		FEBRERO		\$ 6057240			
4		MARZO		\$ 5949075			
5		ABRIL		\$ 6489900			
6		MAYO		\$ 6165405			
7		JUNIO		\$ 6453845			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	
\$ 9951180		\$ 59274420		\$ 45176915		\$ 14097505	
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 como médico para el programa de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitación de Servicios de Salud Vigente.		- Se presta servicio como médico para el Programa de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad.		- Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas.		
2	2. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos, atenciones, traslados y despachos dados por la Direccion de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) y por el Centro Regulador de urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la oportunidad, pertinencia, calidad y continuidad de la atención medica durante los procesos de valoración, evaluación, formulación y entrega del paciente a la Institución de Salud, cumpliendo con los procedimientos, guías, instructivos y protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para la atención de pacientes del programa de atención Prehospitalaria.		- Dimos respuesta oportuna al direccionamiento de eventos, atenciones, traslados y despachos dados por el DUES y por el CRUE, garantizando la oportunidad, la pertinencia, la calidad y continuidad de la atención médica durante los procesos de valoración, evaluación, formulación y entrega del paciente a la Institución de Salud.		- Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas.		

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
3	<p>3. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las móviles del programa de Atención Prehospitalaria, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales.</p>	<p>- Se dio cumplimiento con el procedimiento de recibo y entrega de turno, se dio registro a las novedades que se presentaron, salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados, manteniendo así la operatividad de la móvil. Además se dio uso correcto de los elementos de identificación institucional.</p>	<p>- Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas.</p>
4	<p>4. Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet, incluyendo cargadores y equipos de radio comunicaciones) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder del programa de Atención Prehospitalaria o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica (no mayor a 2 horas), módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Ingresar en un término no mayor a 12 Horas posterior a su diligenciamiento los certificados de defunción, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.</p>	<p>- Se realiza registro de historia clínica según resolución 1995 de 1999, dando uso correcto a los elementos tecnológicos (celular institucional, tablet, cargadores y equipos de radiocomunicaciones).</p>	<p>- Historia clínica, formula médica, inventarios</p>
5	<p>5. Liderar el equipo de la móvil asignada garantizando el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad y disponibilidad, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la Subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.</p>	<p>- Se lideró el equipo de la móvil asignada, actuando de forma oportuna y disponible al cumplir con los requerimientos dados por el centro regulador.</p>	<p>- Cronograma de actividades, bitácora, historias clínicas.</p>

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de la aplicación los insumos y medicamentos incluyendo los medicamentos de control especial (y el registro adecuado en libro) asignados a los inventarios de la móvil, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inventario mensual de medicamentos de control especial, registro de bitácoras de equipos biomédicos, oportunidad de registro en el aplicativo RUAF ND, e historias clínicas durante el mes) y revisión del cumplimiento de las mismas.	- Junto con auxiliar de enfermería se revisaron insumos y semaforización para actualizar inventario al inicio de cada mes manteniendo así actualizados los registros en libro de medicamentos de control especial.	- Inventario, kardex.
7	7. Cumplir y asistir a la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias (capacitación) del programa de atención Prehospitalaria programados por la DUES, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., y/o las convocadas por la unidad funcional APH Sur.	- Asistencia a actividades relacionadas con el fortalecimiento de competencias del programa de atención prehospitalaria.	- Listados de asistencia.
8	8. Hacer gestión oportuna para la liberación de la camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad, garantizando que la unidad móvil no permanezca en la institución hospitalaria más de 3 horas.	- Se realiza gestión oportuna para la liberación de camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad.	- Historia clínica, formulas médicas, inventario, kardex, libro de novedades médicas
9	9. El personal médico de la ambulancia realizará un mínimo de cuatro (4) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades en el día y tres (3) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades de la noche. Esta obligación es fundamental para garantizar la eficiencia y la continuidad del servicio de emergencias médicas.	- Se realizó un mínimo de cuatro (4) atenciones, traslados o despachos durante las actividades.	- Historia clínica, libro de traslado de pacientes, formato de fallido.
10	10. Reportar al líder del programa de atención prehospitalaria o a quien el designe cada atención, valoración o despacho al que sea direccionado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud para llevar el control exacto por cada colaborador para hacer auditoría del cumplimiento de la obligación.	- Se reportó al líder al líder del programa de atención prehospitalaria o la jefe de enlace designado por turno cada atención, valoración o despacho al que fuimos direccionados, para así llevar un control exacto de cumplimiento del punto 9.	- Link de solicitud de historias clínicas, formato de fallido en aplicativo tapptus
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Se cumplieron con las actividades asignadas por el supervisor.	- Listados de asistencia, pretest y postest.

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	\$ 6165405
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MAYO	2025	06	11	87336750	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES CIENTOSESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCOPESES			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2466162	\$ 394586	\$ 419400
Salud					COMPENSAR		\$ 308270	\$ 327700
ARL				5	SURA		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 715729	\$ 747100

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	478400030340

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YURY ANDREA TELLEZ DULCEY	2025-06-23 10:29:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-06-25 10:33:38
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-06-25 13:39:18

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013604669	YURY ANDREA TELLEZ DULCEY		calle 36 sur # 24-21	3045796	yuyuan4221@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87336750	\$799.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	327.700	0		0		0	0	0	0	327.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	419.400	0	0	0	0	0	0	0	419.400	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	52.500	0	0	52.500	1

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	327.700	327.700
Pensión	1	419.400	419.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	52.500	52.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	799.600	799.600

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013604669	YURY ANDREA TELLEZ DULCEY	calle 36 sur # 24-21	3045796	yuyuan4221@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

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	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87336750	\$799.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1013604669	TELLEZ DULCEY YURY ANDREA	3	0			N																230301	2.620.888	419.400	0	0	0	0	EPS008	2.620.888	327.700		0		0	CCF24	2.620.888	52.500	0	0	0	0	0	

PAGADA



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Provee...
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contr...
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

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					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	DICIEMBRE CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	DICIEMBRE CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	ENERO-2025 CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	ENERO-2025 CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	FEERERO-2025 CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	FEERERO-2025 CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	MARZO-2025 CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	MARZO-2025 CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	ABRIL-2025 CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	ABRIL-2025 CTO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	MAYO-2025 CTO NO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	MAYO-2025 CTO NO 8283-2024 YURY TELLEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle



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-jun-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YURY ANDREA TELLEZ DULCEY

IDENTIFICADO CON C.C. C.E. T.I. No. 1013604669 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 12 D BIS 24 63 SUR

Teléfonos 3143764889 3045796

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Deifilia Dulcey Corzo	28272018	Madre
Ian Mathias Castiblanco Tellez	1010969128	Hijo(a)

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	\$ 78.788.016,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 78.788.016,00

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
Banco de Bogotá	Cuenta de ahorros	002364024	CALLE 26	\$ 1,00
Bancolombia	Cuenta de ahorros	04800002372	SANTA LUCIA	\$ 40.525,00
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	0550478400030340	Viani/Cundinamarca	\$ 15.439,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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



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-jun-2025

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco de Bogotá	Trajeta de credito	\$ 750.000,00
CLARO	Servicio de telefonia y datos	\$ 76.000,00
Compensar Porvenir	Seguridad Social	\$ 827.000,00
ROBERTO DULCEY	Arriendo	\$ 1.200.000,00
CLARO HOGAR	Televisión Internet Telefonia	\$ 144.000,00
ICETEX	Crédito de estudio	\$ 260.000,00
Banco Davivienda	Tarjeta de crédito	\$ 600.000,00
Banco de Bogota	Crédito de libre inversión	\$ 580.000,00
Banco de Bogotá	Tarjeta de crédito	\$ 600.000,00

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 <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>	

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:
YURY ANDREA TELLEZ DULCEY 18/06/2025 19:38:50

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-jun-2025

CIUDAD Y FECHA

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	YURY ANDREA TELLEZ DULCEY
Identificación:	1013604669
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	yuyuan4221@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	18/06/25

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 la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Inicio






Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de
  	2748218-01 Declaración inicial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2025-06

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escribanos a:
sopORTEaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Aplicativo por la Integridad Pública