

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

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2025-07-01 | Hasta: | 2025-07-31 |
| Nombre del Contratista: | ANDREA MONTAÑA CASTRO | | Número de Documento: | 1026272539 |
| Correo Electrónico: | areamont191290@gmail.com | | Número Telefónico: | 3208013818 |
| Nombre del Supervisor: | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | Cargo: | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código Grado: - |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|----|
| No. Contrato: | 2979-2025 | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil: | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| 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 |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------|--------------------------|------------|------------|--------------------------------|
| B05ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS MEISSEN | 168 | 0 | 90846 | \$15262128 | 90.3% |
| I05ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 0 | 48 | 90846 | \$4360608 | 25.8% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 19622736 | DIECINUEVE MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS | | | | | |

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 | 2025-07-15 | NUL | 1 | \$ 1544382 | 26 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | | | Valor a Pagar | |
| 1 | ENERO | | | \$ 6450066 | |
| 2 | FEBRERO | | | \$ 18532584 | |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|-------------------------------------|-------|-------------|
| 3 | MARZO | \$ 20712888 |
| 4 | ABRIL | \$ 23983344 |
| 5 | MAYO | \$ 24528420 |
| 6 | JUNIO | \$ 21257964 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 135178848 | \$ 136723230 | \$ 115465266 | \$ 21257964 |

| 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 Médico(a) Especializado(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | --Prestar los servicios en la Subred Sur como profesional especializado Medico Pediatra, de acuerdo a la normatividad vigente. | -Registro dinámica |
| 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | -Informar mediante atención al paciente pediátrico y a los padres el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente. | -Historia clínica. |
| 3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas (según las internacionales aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | -Se realiza atención al paciente de pediatría mediante atención de hospitalización, informando su estado de salud , diagnóstico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar | -Historia clínica. |
| 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Diligenciamiento de formatos de acuerdo a la normatividad vigente. "Cumplir con los Protocolos, Guías, Manuales de Procesos y Procedimientos, Manuales Institucionales y los de Normatividad vigente Diligenciamiento de historia clínica, formulando el diagnóstico y plan de manejo " Valoración y manejo de pacientes pediátricos en las distintas unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. | -Historia clínica. |
| 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | -Identificación, valoración plan de manejo al paciente pediátrico. | -Historia clínica. |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|---|--|-----------------------------|
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -Articulación con el equipo misional, plan de manejo y tratamiento con el paciente pediátrico. | -Registro dinámica. |
| 7 | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | -Valoración y seguimiento a paciente pediátrico en hospitalización, Se brinda información de autocuidado al familiar hasta el egreso del paciente y se realiza el control ambulatorio de pediatría por consulta externa, Prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, examen físico con evolución a los pacientes pediátricos. | -Historia clínica. |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. | -Brindar de manera oportuna , pertinente y veraz, información tanto a familiares , pacientes y autoridad competente durante el transcurso de las actividades , procedimientos, evolución diaria de pacientes. | -Historia clínica. |
| 9 | 9). Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E | -Cumplimiento al 100% de las actividades asignadas en el contrato, cumpliendo con los lineamientos establecidos de acuerdo a la normatividad vigente. Realizar atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria. | -Historia clínica. |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Demas actividades asignadas en el contrato. | -Historia clínica. |

| 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 | \$ 21257964 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | JUNIO | 2025 | 07 | 10 | 9488825667 | FVE36 | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATROPESOS | | | |
| Item | | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
| Pensionado | | | | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | \$ 8503186 | \$ 1360510 | \$ 1446900 |
| Salud | | | | | SÁNTITAS | | \$ 1062898 | \$ 1063600 |
| ARL | | | | 3 | POSITIVA | | \$ 207138 | \$ 207400 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 2467795 | \$ 2717900 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | | Número de Cuenta | 488413077402 | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | | USUARIO | | FECHA | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | | ANDREA MONTAÑA CASTRO | | 2025-07-23 17:04:29 | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | | 2025-07-26 19:53:28 | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | | 2025-07-29 14:09:55 | |

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



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 14:42:06
AREAMONT

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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](#)

Datos guardados

Cancelar

< Evalua

[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 | | |
|--|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> CUENTA ENERO CTO 2979 DE 21 AL 31 DE 2025.pdf | CUENTA ENERO CTO 2979 DE 21 AL 31 DE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO CTO 2979 2025.pdf | CUENTA MARZO CTO 2979 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA MARZO CTO N 2979 2025.pdf | CUENTA MARZO CTO N 2979 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CONTRATO 2979-2025 ABRIL 2025.pdf | CONTRATO 2979-2025 ABRIL 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CONTRATO 2979-2025 MAYO 2025.pdf | CONTRATO 2979-2025 MAYO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CONTRATO 2979-2025 JUNIO 2025.pdf | CONTRATO 2979-2025 JUNIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------|------------|--------------------|------------------|---------------------|-------------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1026272539 | | MONTAÑA CASTRO ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 24 # 9 - 06 | SOGAMOSO-BOYACA | 7722160 | No | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
| Periodo | Clave | Tipo | | Fecha | Pago | Banco | Dias Mora | Valor | |
| 2025-06 | 161897532 | 9488825667 | I | 2025/07/09 | 2025/07/10 | BANCO DAVIVIENDA | 1 | \$2,717,900 | |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| No. | Identificación | Nombre | NOVEDADES | | | | PENSIÓN | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|----------------|----------------|-----------|------|-----|-----|---------|------|------|-------|---------|--------|--------|------|-----------------------|----|--------|---|----|
| | | | Ingre | Redu | Dep | Ext | Code | Dias | Code | Dias | Code | Dias | Tarifa | Dias | Exonerado SENA e ICBF | | | | |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: SOGAMOSO Depto: BOYACA (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 1026272539 | MONTAÑA ANDREA | | | | | X | | | 25-14 | 30 | EPS005 | 30 | 0 | 14-23 | 30 | 2-436% | 0 | No |
| Total Afiliados(1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------|-----------------|-----------|--------------------|-----------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1026272539 | | MONTAÑA CASTRO ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 24 # 9 - 06 | SOGAMOSO-BOYACA | 7722160 | No | |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|------------|---|------------|------------|------------------|-----------|-------------|--|
| Periodo | Clave | Tipo | | Fecha | Pago | Banco | Dias Mora | Valor | |
| 2025-06 | 161897532 | 9488825667 | I | 2025/07/09 | 2025/07/10 | BANCO DAVIVIENDA | 1 | \$2,717,900 | |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$1,445,800 | \$1,100 | \$0 | \$1,446,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$1,445,800 | \$1,100 | \$0 | \$1,446,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$207,200 | \$200 | \$0 | \$207,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$207,200 | \$200 | \$0 | \$207,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$1,062,900 | \$700 | \$0 | \$1,063,600 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | \$1,062,900 | \$700 | \$0 | \$1,063,600 |
| TOTAL | | | | 1 | \$2,715,900 | \$2,000 | \$0 | \$2,717,900 |

ANDREA MONTAÑA CASTRO

NIT: 1026272539-1
Régimen: No responsable de IVA
Tipo Persona: Natural
CR 69 47 50 AP 704 TO 5, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 111071
Tel. 3208013818

Regimen simple de tributacion responsabilidad 47, servicio excluido de iva , favor abtenerse de realizar retencion de renta e ica
Autorización facturación electrónica No. 18764090300508 válida desde 2025-03-11 hasta 2025-09-11 rango desde FVE32 hasta FVE50.

| DATOS DEL CLIENTE | | FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | |
|-------------------|---|------------------------------|---------------------------|
| NIT: | 900958564-9 | No. de Factura | FVE36 |
| Razón Social: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E . UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN | Fecha Emisión | 15/07/2025 15:01:52-05:00 |
| Dirección: | CR 20 47B SUR, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111951 | Fecha Vencimiento | 31/07/2025 |
| Teléfono: | 7693131 | Moneda | COP Colombia, Pesos |
| Email: | CPS.FACTURACIONELECTRONICA@SUBREDSUR.GOV.CO | Método de Pago: | Crédito |
| | | Medio de Pago: | Consignación bancaria |
| | | Fecha de Pago: | 31/07/2025 |
| | | Total de Lineas | 1 |
| | | Fecha Firmado | 15/07/2025 15:01:55 |

| # | Código | Descripción | U. M. | Cantidad | Precio U. | Impuestos | | Monto . | Dcto. | Total | |
|----------|--------|----------------|-------|----------|-------------|-----------|----------|------------|------------------------|-----------------|--|
| | | | | | | Nom. | % o Val. | | | | |
| 1 | 001 | SERV PEDIATRIA | 94 | 216,00 | \$90.846,00 | | | | 0,00 | \$19.622.736,00 | |
| Impuesto | | | | | | | | Base | Tarifa / Valor Nominal | Importe | |
| | | | | | | | | Subtotal: | | \$19.622.736,00 | |
| | | | | | | | | Cargos: | | \$0,00 | |
| | | | | | | | | Descuento: | | \$0,00 | |
| | | | | | | | | Total: | | \$19.622.736,00 | |

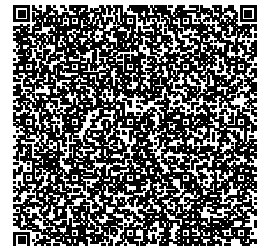
| | |
|--------|------------------|
| Notas: | SERV SUB RED SUR |
|--------|------------------|

| | |
|------------------|---|
| Total con letra: | (DIECINUEVE MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS) |
| CUFE: | 9c13b3281b1f33f44b6d256d4c3ccd6e2e2ead78cc7423b8d92a1791bea5a7a952b44146b133b2d3ddb385c11fcb93a |

Firma Digital: ija8F/D7kKS6O4yKIQnzOeyv/gTlMe8+F0edBYTCvhmWcty9mLU6WkrbCc8O3 nNv657PPSI3fnoH68/KIS5d139b49QHI3J8g5gypP+UAchJJoJ a5Zr/O1+Lj/hOw Wl5YNIW5MeH/wP1jmOQRuFBTzmEQrTFkaFZJWuMloJtuJ1NZWhW5DCxILnKRQ5Zv d4WZP9BC4GVKZDJP2W8uBR/MtiXgJfjq0 3w5j2bQ/SmikDO02cbe6CMGJAbKlr b/sewL00zzskY6SIm9GNH8YiVcmx1d4lloW+Nuzt8zOectVW6N1r+3Ubi5nSUPQ 9s2b4eJlK6VCAgrUJJBQ gw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|--|--|---|-------------------|---|
| PRIMER APELLIDO MONTAÑA | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CASTRO | | NOMBRES ANDREA | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1026272539 | | | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | | NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____ | | | | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 19 MES DIC AÑO 1990 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Sogamoso | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 64 N 47 50 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 60187701864 EMAIL areamont191290@gmail.com | | |

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10 A 60 DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 60 A 110 DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO BACHILLER TÉCNICO | | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------------------------------------|--------------------------|-----------|-----|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | <input checked="" type="checkbox"/> | MES | DICIEMBRE | AÑO | 2007 |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|------------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| Especialización médico | 6 | X | | ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA | 1 | 2020 | 1026272539 |
| Universitaria | 12 | X | | MEDICINA | 12 | 2014 | 1026272539 |

Firma electronica validador: null

598611

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3

FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA



El futuro es de todos Gobierno de Colombia

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

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



Última Actualización: 18-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANDREA MONTAÑA CASTRO

IDENTIFICADO CON C.C. C.E. T.I. No. 1026272539 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 64 N 47 50

Teléfonos 3208013818 60187701864

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------------------|------------------------|------------|
| MARIA DEL PILAR CASTRO REBOLLEDO | 53357697 | Madre |
| ALFREDO MONTAÑA TRISTANCHO | 9522137 | Padre |

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 | \$ 265.674.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | \$ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | \$ 0,00 |
| ARRIENDOS | \$ 0,00 |
| HONORARIOS | \$ 0,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | \$ 0,00 |
| TOTAL | \$ 265.674.000,00 |

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 Davivienda | Cuenta de ahorros | 488413077402 | Sogamoso | \$ 6.840.257,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|------------------|
| Vehiculo | FYL271 | \$ 80.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|---------|
| | | \$ 0,00 |



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

| | |
|--------------------|---|
| Nombre: | ANDREA MONTAÑA CASTRO |
| Identificación: | 1026272539 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | areamont191290@gmail.com |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 18/07/25 |

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 entre 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:

Documento electrónico: 7b483ab2f380edeceaaa64b88bbffe4168c0af421c67ec246f105e8326a952b6

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



Aplicativo por la Integridad pública



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

Formulario 2.810.088 finalizado

| Acciones | Declaración No. | Entidad | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Fecha de creación | Fecha de publicación | Estado |
|---|--|--|-------------------|---------------------|-------------------|----------------------|------------|
|    | 2810088-01 Declaración inicial | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | CONTRATISTA | PERIÓDICO | 2025-07-18 17:01 | 2025-07-18 17:23 | FINALIZADO |