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:**	2025-07-01	**Hasta:**	2025-07-31	
Nombre del Contratista:	CLAUDIA VIVIANA MEDINA		**Número de Documento:**	1024488967	
Correo Electrónico:	vivis-1704@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3213514640	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3322-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
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
A53ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MEISSEN	186	0	10034	$1866324	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1866324**	**UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATROPESOS**					

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 812754	
2	FEBRERO	$ 1866324	
3	MARZO	$ 1866324	
4	ABRIL	$ 1866324	
5	MAYO	$ 1866324	
6	JUNIO	$ 1866324	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14930592	**$ 14930592**	**$ 10144374**	**$ 4786218**

	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 Auxiliar de Enfermería 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud según el perfil	-Programación de parte del profesional, cronograma de procedimientos, planillas de limpieza y desinfección
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.	--Apoyo a la demanda inducida, apoyo en los procedimientos de enfermería, cumplimiento con protocolos de desinfección de consultorios.	-Charlas, actas, correos, formatos de asistencia
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, 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, sustituya).	--Realizar oportunamente las notas de enfermería en las historias clínicas de cada usuario, teniendo en cuenta todas las normas y protocolos	-Historia Clínica, Dinámica.
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--Realiza pre crítica y actualización de bases de datos, seguimiento a usuarios.	-Bases de datos.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Brindarle al usuario en el momento de la atención la educación de auto cuidado y el cuidado después de la vacunación	-Registro en la carne de vacunas.
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Cuidar y solicitar oportunamente los insumos para no afectar el servicio - Mesa de ayuda GLPI, notificación de evento adverso, correo electrónico.	- Mesa de ayuda GLPI, notificación de evento adverso, correo electrónico.

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	$ 1866324
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9488502542	-		
2025	**JUNIO**	**2025**	**07**	**29**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATROPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 229800**
Salud		SALUD TOTAL		$ 177938	**$ 179600**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 35100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 444500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550009200788066

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA VIVIANA MEDINA ARCILA	2025-07-24 09:49:38
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA VIVIANA MEDINA ARCILA	2025-07-24 10:23:46
RECHAZADO SUPERVISOR	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-07-27 20:17:10
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA VIVIANA MEDINA ARCILA	2025-07-29 08:41:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-07-29 09:00:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-07-30 18:17:31

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.



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

© Siasur - 2025

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024488967		MEDINA ARCILA CLAUDIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 27a No 73 - 26 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2000165	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1660051295	9488502542	I	2025/07/15	2025/07/29	NEQUI	14	$473,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1024488967 MEDINA CLAUDIA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

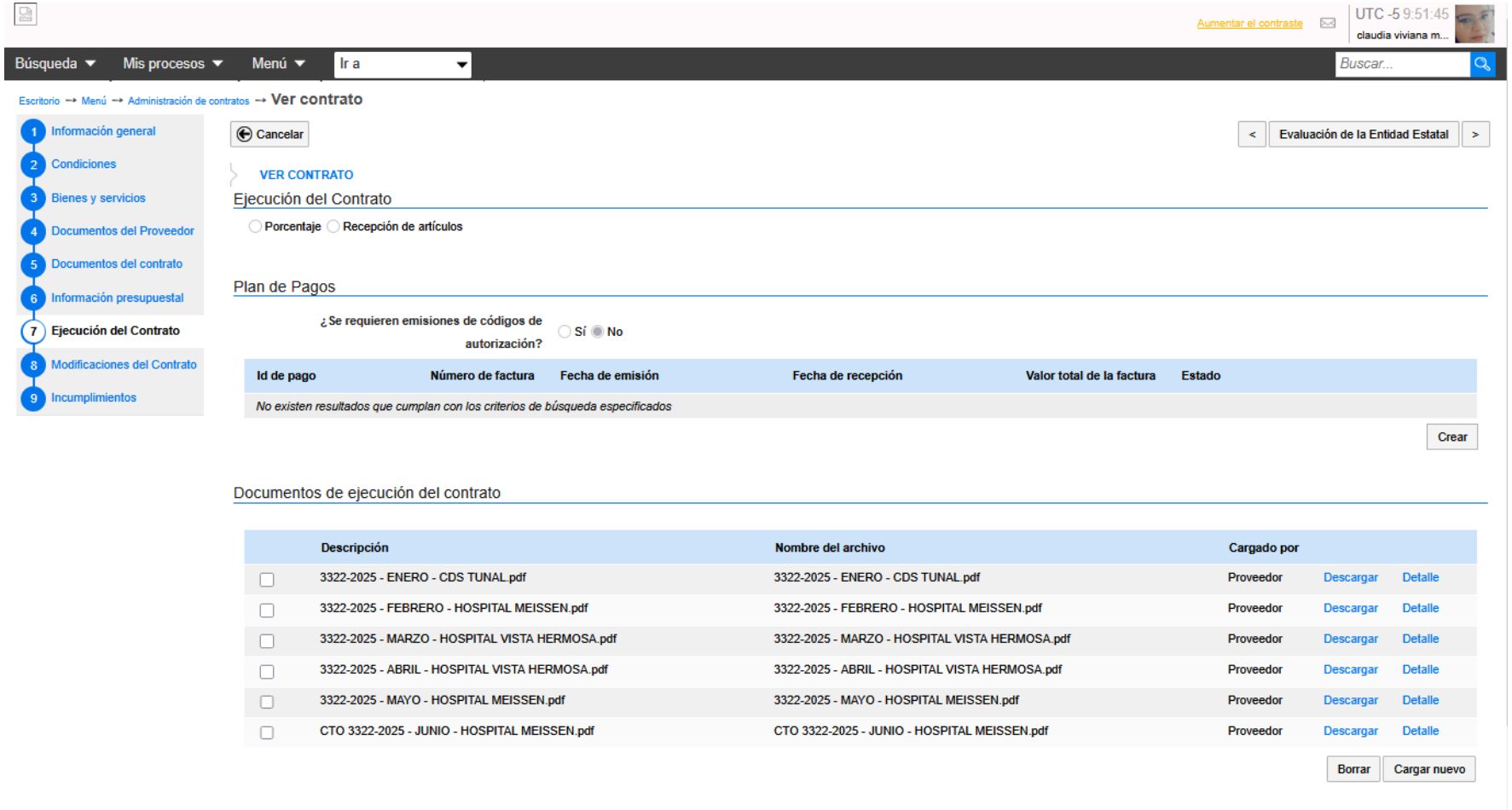
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024488967		MEDINA ARCILA CLAUDIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 27a No 73 - 26 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2000165	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1660051295	9488502542	I	2025/07/15	2025/07/29	NEQUI	14	$473,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$2,000	$0	$229,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$2,000	$0	$229,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$400	$0	$35,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$400	$0	$35,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$300	$0	$28,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$300	$0	$28,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,600	$0	$179,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$1,600	$0	$179,600
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$4,300**	**$0**	**$473,300**


Aumentar el contraste
UTC -5 9:51:45
claudia viviana m...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
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
3322-2025 - ENERO - CDS TUNAL.pdf 3322-2025 - ENERO - CDS TUNAL.pdf Proveedor Descargar Detalle
3322-2025 - FEBRERO - HOSPITAL MEISSEN.pdf 3322-2025 - FEBRERO - HOSPITAL MEISSEN.pdf Proveedor Descargar Detalle
3322-2025 - MARZO - HOSPITAL VISTA HERMOSA.pdf 3322-2025 - MARZO - HOSPITAL VISTA HERMOSA.pdf Proveedor Descargar Detalle
3322-2025 - ABRIL - HOSPITAL VISTA HERMOSA.pdf 3322-2025 - ABRIL - HOSPITAL VISTA HERMOSA.pdf Proveedor Descargar Detalle
3322-2025 - MAYO - HOSPITAL MEISSEN.pdf 3322-2025 - MAYO - HOSPITAL MEISSEN.pdf Proveedor Descargar Detalle
CTO 3322-2025 - JUNIO - HOSPITAL MEISSEN.pdf CTO 3322-2025 - JUNIO - HOSPITAL MEISSEN.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CLAUDIA VIVIANA MEDINA ARCILA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1024488967 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 27A 7326 SUR **Teléfonos** 3213514640 2000165

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jhoan Sevastian Loaiza Medina	1011203201	Hijo(a)
Danna Yisseth Diaz Medina	1012923511	Hijo(a)
Ofelia Medina Arcila	24364928	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	$ 1.670.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 20.040.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 21.710.000,00

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	0550009200788066	tunal	$ 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
		$ 0,00

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 C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	NÚMERO DOCUMENTO

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:
CLAUDIA VIVIANA MEDINA ARCILA 24/07/2025 09:38:52

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 24-jul-2025

CIUDAD Y FECHA

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	CLAUDIA VIVIANA MEDINA ARCILA
Identificación:	1024488967
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	
Correo:	vivis-1704@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	24/07/25

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.

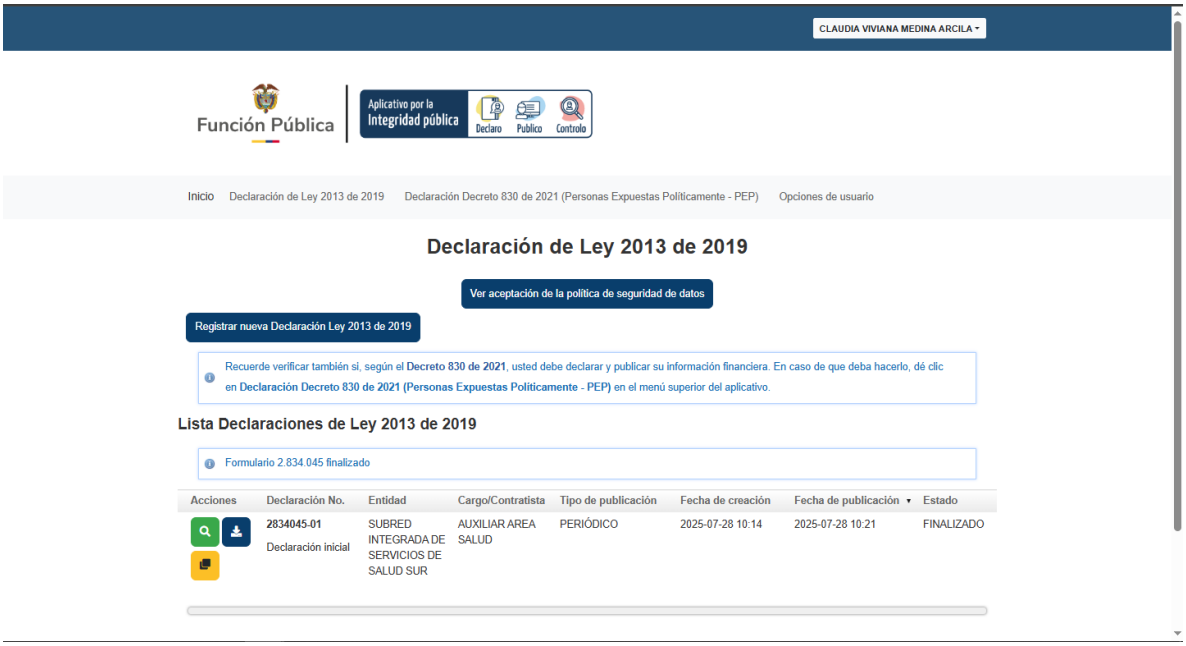
Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto 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:

Documento electrónico: 4bd40ff986cf8b82502a5fe82591fefe444dcd9e1b51feef2dd67e1eec12159e

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


CLAUDIA VIVIANA MEDINA ARCILA
Función Pública
Aplicativo por la Integridad pública
Declaro
Publico
Controlo
Inicio
Declaración de Ley 2013 de 2019
Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)
Opciones de usuario
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 2.834.045 finalizado
Acciones
Declaración No.
Entidad
Cargo/Contratista
Tipo de publicación
Fecha de creación
Fecha de publicación
Estado
2834045-01
Declaración inicial
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
AUXILIAR AREA SALUD
PERIÓDICO
2025-07-28 10:14
2025-07-28 10:21
FINALIZADO