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:	SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES		**Número de Documento:**	57438555	
Correo Electrónico:	samanta.rivas.r@gmail.com		**Número Telefónico:**	3165661921	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3096-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
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	Procetaje(%) Centro de Costos
B02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	186	6	38110	$7317120	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7317120**	**SIETE MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS**					

© 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	$ 2286600	
2	FEBRERO	$ 5945160	
3	MARZO	$ 7317120	
4	ABRIL	$ 6859800	
5	MAYO	$ 6859800	
6	JUNIO	$ 6859800	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 56707680	**$ 56707680**	**$ 36128280**	**$ 20579400**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil Médico(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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Preste mis servicios como médico general en los servicios de urgencias., de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	-Historia Clinica
2	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.	- realice atención al paciente mediante consulta médica o atención de urgencias informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar .	-Historia Clinica
3	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 las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Proteccion Social y los demás entes competentes.	-Historia Clinica
4	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.	- realice la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes,con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	-Historia Clinica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	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.	-Informe mediante atención al paciente el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinamica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.	-Historia Clinica
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	- realice la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente.	-Historia Clinica
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Realice 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 Clinica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Informe de acuerdo al estado de salud del paciente a familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clinico de acuerdo la evolucíon o riesgo que presente el paciente.	-Historia Clinica
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeacíon con el Supervisor del contrato.	-Historia Clinica

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	$ 6859800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9488922652	-		
2025	JUNIO	2025	07	15				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2743920	$ 439027	**$ 470000**
Salud		SÁNITAS		$ 342990	**$ 367300**
ARL	3	POSITIVA		$ 66842	**$ 71600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 796340**	**$ 908900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570001970147797

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES	2025-07-23 20:09:03
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-07-27 18:45:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-07-27 22:52:11

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

© 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 57438555		RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 48 # 123-15 apto 504	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7975641	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	1628266052	9488922652	I	2025/07/11	2025/07/15	BANCO DAVIVIENDA	4	$908,900

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)					$2,930,000	$468,800			$2,930,000	$366,300			$0	$0			$2,930,000	$71,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,930,000	$468,800			$2,930,000	$366,300			$0	$0			$2,930,000	$71,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,930,000	$468,800			$2,930,000	$366,300			$0	$0			$2,930,000	$71,400		$0	$0
1	CC	57438555	RIVAS SAMANTA	230301	30	$2,930,000	$468,800	EPS005	30	$2,930,000	$366,300		0	$0	$0	14-23	30	$2,930,000	$71,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,930,000	$468,800			$2,930,000	$366,300			$0	$0			$2,930,000	$71,400		$0	$0

CamScanner

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 57438555		RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 48 # 123-15 apto 504	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7975641	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	1628266052	9488922652	I	2025/07/11	2025/07/15	BANCO DAVIVIENDA	4	$908,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$468,800	$1,200	$0	$470,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$468,800	$1,200	$0	$470,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$71,400	$200	$0	$71,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$71,400	$200	$0	$71,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$366,300	$1,000	$0	$367,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$366,300	$1,000	$0	$367,300
TOTAL				1	$906,500	$2,400	$0	$908,900

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

CamScanner

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

< 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		
☐	CUENTA ENERO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	CUENTA ENERO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	CUENTA FEBRERO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	CUENTA MARZO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL - CTO N. 3096 - 2025.pdf	CUENTA ABRIL - CTO N. 3096 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUEJNTA MAYO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	CUEJNTA MAYO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	CUENTA JUNIO - CTO N. 3096 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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: 18-jun-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 57438555 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KR 48 123 15 **Teléfonos** 3165661921 7975641

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MELVA ESTHER RINCONES DE RIVAS	41498382	Madre
JULIANA ROSERO RIVAS	1004461643	Hijo(a)
PABLO JOSE RIVAS MIER	4977229	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 55.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 55.000.000,00

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	001970147797	BOGOTA	$ 2.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

Documento electrónico: 715892ee9cab029352ce917c8726ab2653391dd6e802a7f8514fb59c11a4ea74

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

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: 18-jun-2025

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
LEONARDO RONCANCIO	ARRIENDO Y ADMINISTRACION	$ 2.900.000,00
OTROS	GASTOS PERSONALES	$ 8.000.000,00

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 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:
SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES 18/06/2025 18:36:50

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-jun-2025

CIUDAD Y FECHA

Documento electrónico: 715892ee9cab029352ce917c8726ab2653391dd6e802a7f8514fb59c11a4ea74

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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES
Identificación:	57438555
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	
Correo:	samto32@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
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 eventc o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualiza esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflict de interés.

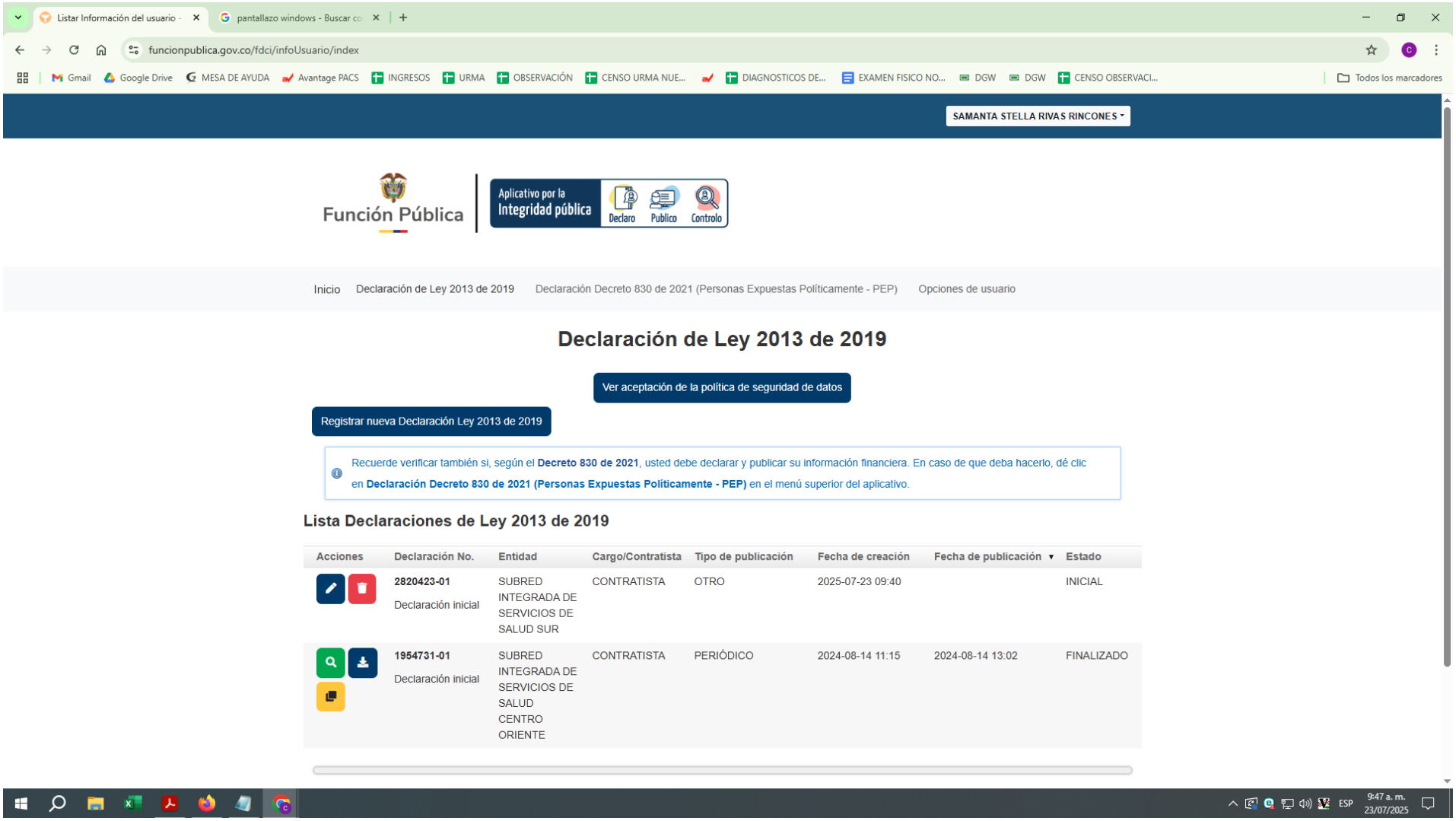
Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto 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: 7b18995e6cafc0ce1c4096a539db8b229d08a0b3d9e50b038842be36c1e8353b

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


Listar Información del usuario -
pantallazo windows - Buscar co
funcionpublica.gov.co/fdci/infoUsuario/index
Gmail
Google Drive
MESA DE AYUDA
Avantage PACS
INGRESOS
URMA
OBSERVACIÓN
CENSO URMA NUE...
DIAGNOSTICOS DE...
EXAMEN FISICO NO...
DGW
DGW
CENSO OBSERVACI...
Todos los marcadores
SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES
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
Acciones
Declaración No.
Entidad
Cargo/Contratista
Tipo de publicación
Fecha de creación
Fecha de publicación
Estado
2820423-01
Declaración inicial
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
CONTRATISTA
OTRO
2025-07-23 09:40
INICIAL
1954731-01
Declaración inicial
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
CONTRATISTA
PERIÓDICO
2024-08-14 11:15
2024-08-14 13:02
FINALIZADO
ESP
9:47 a. m.
23/07/2025