Image not found or type unknown	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Image not found or type unknown

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-07-01	**Hasta:**	2025-07-31	
Nombre del Contratista:	MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA		**Número de Documento:**	1014228163	
Correo Electrónico:	Moni.juliet18@gmail.com		**Número Telefónico:**	3144866542	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1255-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	29331	$5396904	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5396904**	**CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-03		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-04-21		1	$ 1144944	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 6658137	1197
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 5228176	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 5228176
3	MARZO	$ 5739628
4	ABRIL	$ 5396904
5	MAYO	$ 5396904
6	JUNIO	$ 5396904

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35377419	**$ 43180500**	**$ 32386692**	**$ 10793808**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	-Se da respuesta a los objetivos del plan de cuidado escolar, realizando 62 sesiones entre colectivas y seguimientos individuales a través de acciones psicoeducativas virtuales y presenciales dirigidas a la comunidad educativa que presenta signos o síntomas relacionados a conducta suicida, duelo, ansiedad, trastornos mentales o del comportamiento, depresión y consumo de SPA, entre otros	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, registro en cronograma, tablero de control.
2	2. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones.	-Durante el primer acercamiento con las familias y la comunidad educativa, se socializa la estrategia, el producto y la metodología de las acciones de cada sesión, en esta línea, se informa que pueden participar en el proceso de atención psicosocial y educativo de los escolares, es así como, en las 62 sesiones, se abordan algunos familiares brindando herramientas para el manejo de situaciones relacionadas a la depresión, ansiedad, duelo, consumo de SPA y otras que ponen en riesgo su salud mental e integral.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, registro en cronograma, tablero de control.
3	3. realizar intervencion a los casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificacion por parte de las instituciones educativas de acuerdo al lineamiento.	-Durante la ejecución de las 62 sesiones se evidencian riesgos psicosociales y otros eventos que afectan a la salud mental e integral de la comunidad educativa, para ello, se informa que se realiza acompañamiento en la intervención siguiendo el protocolo de atención y el debido proceso a través de la canalización, si lo requieren.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, registro en cronograma, tablero de control.
4	4. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis.	-En el desarrollo de las 62 sesiones, se socializan las líneas de atención y apoyo psicosocial para eventos que requieran atención inmediata o notificación a instituciones y entidades que dan soporte en situaciones de crisis.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental.
5	5. realizar fortalecimiento a los docentes frente a la identificacion de eventos en salud mental.	-En las concertaciones con los orientadores y coordinadores de las instituciones priorizadas, se les informa acerca de las sesiones para docentes con el propósito de potenciar el bienestar emocional y fortalecer conocimientos frente a los eventos en salud mental y los protocolos de atención, durante el mes se llevó a cabo una sesión de bienestar docentes.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental o sesiones colectivas de acuerdo a la sesión.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. orientar y canalizar a la poblacion de acuerdo a las necesidades y si hay lugar efectuar remision a los servicios de salud y/o sociales.	-A la comunidad educativa intervenida, se les informa acerca de los servicios de salud y servicios sociales que garantizan el bienestar mental e integral, así como el acompañamiento en situaciones que lo requieran. Sin embargo, se da la claridad que para estos procesos es necesario la realización de la canalización.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, instrumento de canalización.
7	7. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-Los formatos de cada una de las 62 sesiones de Salud mental se diligencian garantizando la veracidad de datos, la claridad del plan de intervención y las particularidades observadas durante las acciones con cada escolar y padre de familia.	-Los formatos de cada una de las 62 sesiones de Salud mental se diligencian garantizando la veracidad de datos, la claridad del plan de intervención y las particularidades observadas durante las acciones con cada escolar y padre de familia.
8	8. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectad en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Se garantiza el diligenciamiento de los formatos con calidad del dato, redacción y ortografía, así como la entrega oportuna de los mismos, para dar cumplimiento a la adecuada sistematización.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, registro en cronograma, reporte semanal, tablero de control.
9	9. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-Los soportes correspondientes a las 62 sesiones colectivas y seguimientos individuales, se entregan oportunamente con la información de cada uno, así como los productos obtenidos de acuerdo al lineamiento e indicaciones técnicas.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, diligenciamiento precrítica.
10	10. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Para dar cumplimiento a la presentación de los informes, se diligencian los tableros de control semanal y mensual y se notifican el total de las sesiones individuales y colectivas realizadas en cada localidad e institución educativa.	-Registro en cronograma, tablero de control, precrítica y reporte semanal.
11	11. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-Los formatos con la información de cada una de las 62 sesiones colectivas y los seguimientos individuales ejecutados en los dias del mes, se alistaron y organizaron con el propósito de garantizar el proceso de gestión documental.	-Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental, diligenciamiento precrítica.
12	12. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-De manera oportuna se informo acerca de las eventualidades que interfirieron en el cumplimiento de los objetivos, efectuando ajustes en el cronograma para garantizar la veracidad y el cumplimiento de la programación correspondiente al plan de cuidado educativo.	-Registro en cronograma, tablero de control.
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Durante el plazo de ejecución de acciones, estuve atenta a indicaciones y orientaciones que me permitieran apoyar desde mi perfil profesional a las necesidades del PIC.	-No Aplica debido a que no hay soporte distinto a Formato: ficha de gestión del riesgo en salud mental.

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	$ 5396904
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1073338494	-		
2025	JUNIO	2025	07	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2158762	$ 345402	**$ 345500**
Salud		SURA		$ 269845	**$ 269900**
ARL	3	SURA		$ 52587	**$ 52600**
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 626516**	**$ 668000**

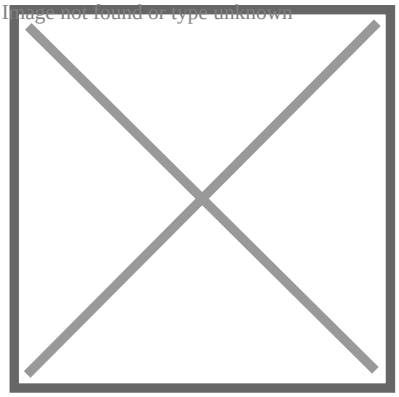
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24132853483

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA	2025-07-26 23:17:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-07-28 12:48:16
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-07-28 17:09:57

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-07-12, 12:31:32 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1073338494 **Referencia pago(PIN)** 8823139446

Periodo Cotización 202506 **Periodo Servicio** 202506

Cliente:

PAGADA 2025-07-11 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA				
Documento	CC 1014228163	**Dirección**	CRA 76 69 A 15		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144866542		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014228163		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CUEVAS QUIROGA MONICA JULIET	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 2.158.789	230301		16 %	$ 2.158.789	$ 345.500	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 2.158.789	$ 269.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 2.158.789	$ 52.600	CCF22	2 %	$ 2.158.789	$ 43.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 345.500	$ 0	$ 0	$ 269.900	$ 52.600	$ 43.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 711.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

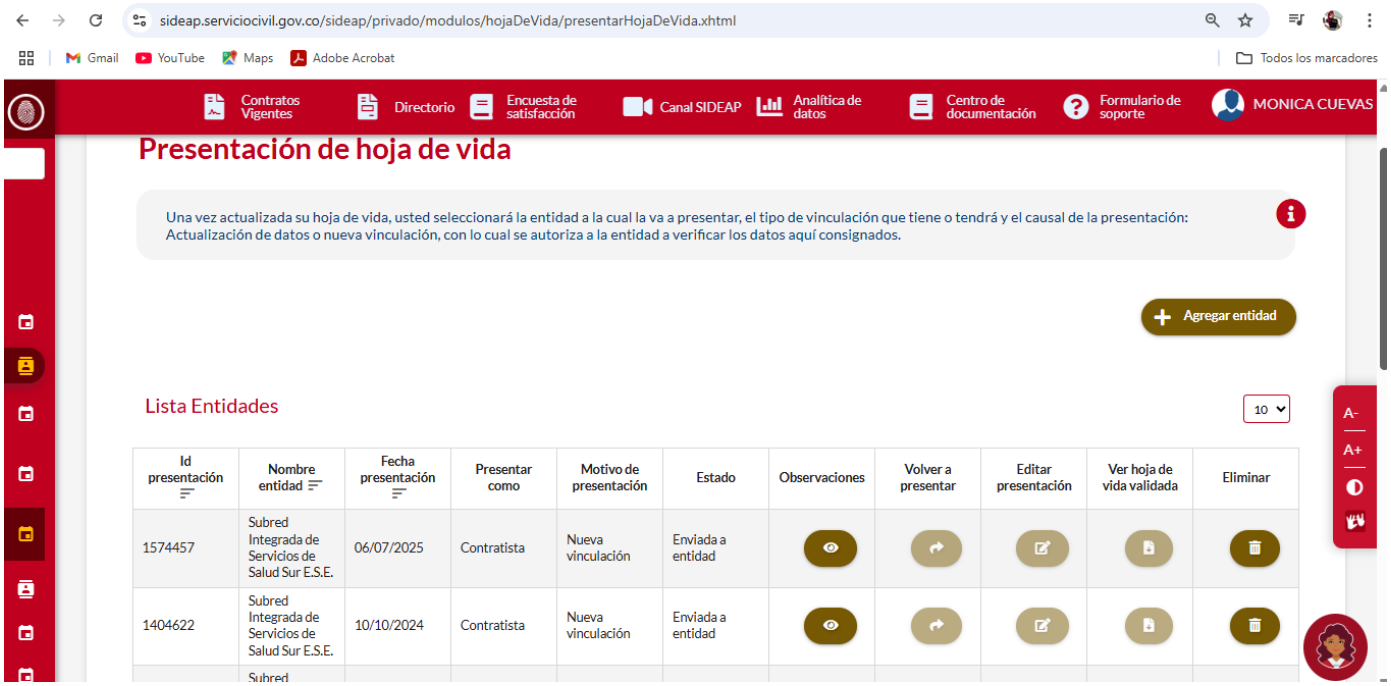
Documentos de ejecución del contrato

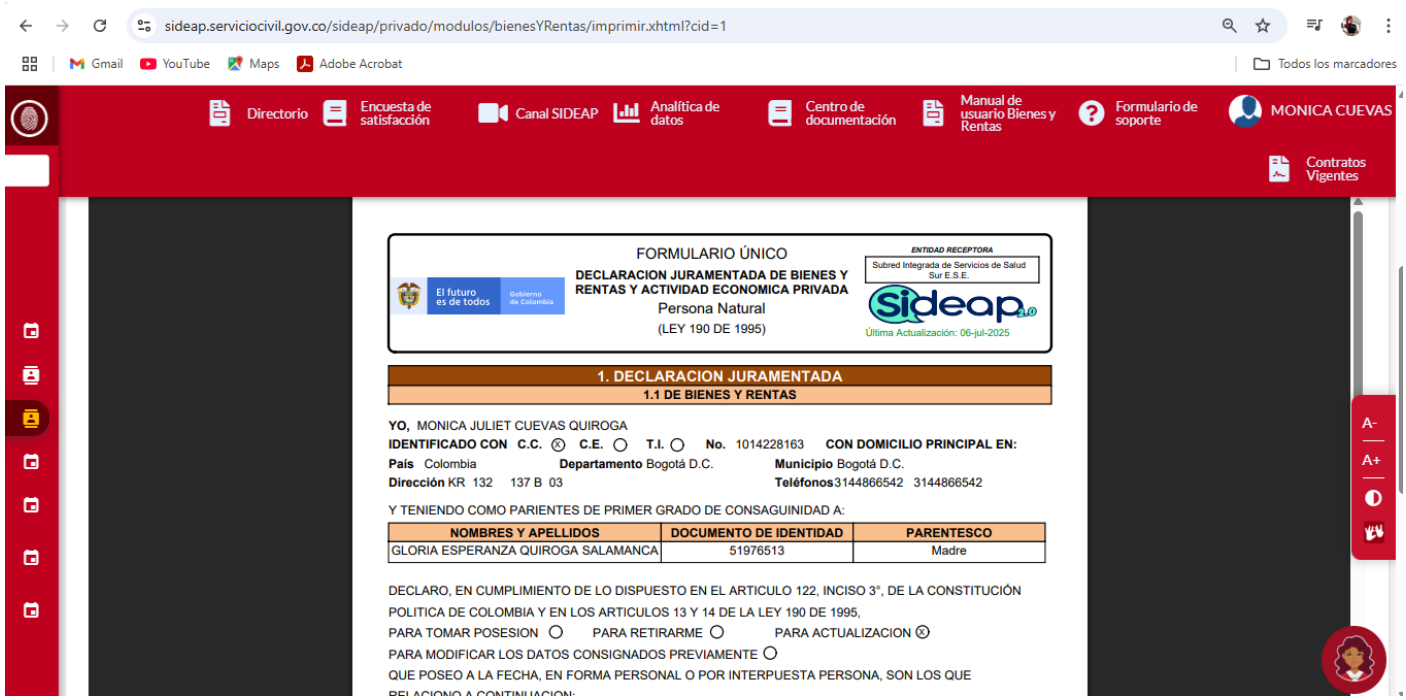
	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 ENERO 2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 ENERO 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 FEBRERO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 MARZO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 ABRIL 2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 ABRIL 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 MAYO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 JUNIO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO CTO 1255-2025 JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/hojaDeVida/presentarHojaDeVida.xhtml
Gmail
YouTube
Maps
Adobe Acrobat
Todos los marcadores
Contratos Vigentes
Directorio
Encuesta de satisfacción
Canal SIDEAP
Analítica de datos
Centro de documentación
Formulario de soporte
MONICA CUEVAS
Presentación de hoja de vida
Una vez actualizada su hoja de vida, usted seleccionará la entidad a la cual la va a presentar, el tipo de vinculación que tiene o tendrá y el causal de la presentación: Actualización de datos o nueva vinculación, con lo cual se autoriza a la entidad a verificar los datos aquí consignados.
Agregar entidad
Lista Entidades
10
A-
A+
Id presentación
Nombre entidad
Fecha presentación
Presentar como
Motivo de presentación
Estado
Observaciones
Volver a presentar
Editar presentación
Ver hoja de vida validada
Eliminar
1574457
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
06/07/2025
Contratista
Nueva vinculación
Enviada a entidad
1404622
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
10/10/2024
Contratista
Nueva vinculación
Enviada a entidad
Subred


sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/bienesYRentas/imprimir.xhtml?cid=1
Gmail
YouTube
Maps
Adobe Acrobat
Todos los marcadores
Directorio
Encuesta de satisfacción
Canal SIDEAP
Analítica de datos
Centro de documentación
Manual de usuario Bienes y Rentas
Formulario de soporte
MONICA CUEVAS
Contratos Vigentes
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: 06-jul-2025
1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS
YO, MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ No. 1014228163 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección KR 132 137 B 03 Teléfonos 3144866542 3144866542
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:
NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO
GLORIA ESPERANZA QUIROGA SALAMANCA | 51976513 | 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
A-
A+

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA
Identificación:	1014228163
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	moni.juliet18@gmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	06/07/25

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.

MONICA JULIET CUEVAS QUIROGA

Función Pública | Aplicativo por la Integridad pública — Declaro Publico Controlo

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 2.779.049 finalizado

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación
	2779049-01 Declaración inicial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	OTRO	2025-07-06 22:26	2025-07-07 12:35
	291692-01 Declaración inicial	INSTITUTO PARA LA PROTECCION DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2021-11-18 18:57	2021-11-18 19:24

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

Aplicativo por la Integridad Pública

1.6.1