

	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:	ANA MARIA CRUZ GODOY		Número de Documento:	1069714186	
Correo Electrónico:	godoyana271@gmail.com		Número Telefónico:	3126962985	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1418-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	TECNICO 3 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	Procentaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	10352	\$1904768	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1904768	UN MILLON NOVECIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHOPESOS					

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	\$ 554821	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	\$ 2455996	1197
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 1845152	
2		FEBRERO		\$ 1845152	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	MARZO	\$ 2095852	
4	ABRIL	\$ 1987584	
5	MAYO	\$ 2008288	
6	JUNIO	\$ 1904768	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 12485515		\$ 15496332	\$ 11686796
			\$ 3809536
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. participar en los espacios de fortalecimiento de habilidades y capacidades del talento humano con la sds para la correcto digitacion de bases y/o aplicativo web	-SE ASISTE A REUNIONES Y ACTIVIDADES DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE SUPERVISOR	-----ACTA DE ASISTENCIA
2	2. realizar al interior de la subred espacios para el fortalecimiento de competencias del talento humano y/o realimentacion del proceso de gestion de la informacion.	----SE ASISTE A REUNIONES Y ACTIVIDADES DE ACUERDO A REQUERIMIENTO DE SUPERVISOR	--ACTA DE ASISTENCIA
3	3. recibir las fichas de captura del aplicativo gesi y/o sisco por parte de los tecnicos y/o tecnologo.	-DILIGENCIAMIENTO DEL DRIVE CON LA META DIARIA DIGITADA POR LOS DIFERENTES ENTORNOS	----CUSTODIA DE LOS FORMATOS FÍSICOS EN PERFECTO ESTADO
4	4. digitar y validar el dato registrado en el aplicativo, bases de datos dispuestas por la secretaria distrital de salud de bogota d.c. garantizando la calidad de la data.	---DURANTE LOS DÍAS DE JULIO SE REALIZA DIGITACION DE FICHAS DE ENTORNO COMUNITARIO, EDUCATIVO, LABORAL SICO E INSTITUCIONAL	-APLICATIVO GESI DE SECRETARIA Y SEGUIMIENTO DE DIGITACIÓN EN EL DRIVE SEGUIMIENTO DIGITACIÓN
5	5. entregar las fichas de captura digitadas y no digitadas al tecnico o tecnologo en sistemas.	-- REALIZA ENTREGA A DIARIO DE LAS FICHAS ASIGNADAS DE LA META DE DIA	--SE REALIZA NOTIFICACIONES ENCONTRADAS EN CADA FICHA
6	6. elaborar acta o soporte con identificacion de hallazgos en fichas de captura de informacion para devolver al tecnologo, para ser corregida.	----SE REALIZA NOTIFICACIONES ENCONTRADAS EN CADA FICHA	----SE REALIZA NOTIFICACIONES ENCONTRADAS EN CADA FICHA
7	7. Mantener Adherencia al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.	---SE RECIBEN FICHAS EN DONDE SE GARANTIZA CALIDAD DEL FORMATO Y CUSTODIA DE LA INFORMACION	---SE RECIBEN FICHAS EN DONDE SE GARANTIZA CALIDAD DEL FORMATO Y CUSTODIA DE LA INFORMACION
8	8. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	---SE DA CUMPLIMIENTO AL TIEMPO ASIGNADOS PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROGRAMADAS POR EL TECNICO O TECNOLOGO SEGUN LA NECESIDAD DEL PROCESO	-REGISTRO DIARIO EN DRIVE GESI SEGUIMIENTO DE DIGITACION
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	---SE REALIZARON AJUSTES DE MANERA INMEDIATA SOLICITADAS POR EL TECNICO O TECNOLOGO	--GRUPO DE WHATSAPP O CORREO DE GESI DONDE SE CONFIRMA QUE YA TODO ESTA AJUSTADO

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		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	87999369	-			\$ 1904768
2025	JUNIO	2025	07	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHOPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800	
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 178000	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 440500	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	91243356844	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA MARIA CRUZ GODOY			2025-07-24 15:12:37	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA MARIA CRUZ GODOY			2025-07-24 15:13:03	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA			2025-07-25 06:17:05	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2025-07-25 14:54:41	

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 Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069714186	ANA MARIA CRUZ GODOY		Kr 87 A #53 Sur 89	5271455	Godoyana271@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	87999369	TOTAL A PAGAR \$440.500

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	87999369	\$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subgrupo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	TGP	VS	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	Clases de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1069714186	CRUZ GODOY ANA MARIA	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



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

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? ☐ Si ☒ No

Identificación 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 ENERO CTO-1418-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO CTO-1418-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO-1418-2025.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO-1418-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO MARZO CTO- 1418-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO CTO- 1418-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO ABRIL CTO-1418-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO-1418-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO MAYO CTO-1418-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CTO-1418-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO JUNIO CTO-1418-2025..pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO CTO-1418-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



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 2.773.603 finalizado](#)

Acciones	<u>Declaración No.</u>	Entidad	Cargo/Contratista	<u>Tipo de publicación</u>	<u>Fecha de creación</u>	<u>Fecha de publicación</u>	
	2773603-01	SUBRED	CONTRATISTA	OTRO	2025-07-03 13:53	2025-07-03 13:59	J
	Declaración inicial	INTEGRADA					
		DE					
		SERVICIOS					
		DE SALUD					
		SUR					

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

1.6.1



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 CRUZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GODOY	NOMBRES ANA MARIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1069714186	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES FEB AÑO 2004 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Fusagasugá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 53 SUR 87 B 33 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3142900783 EMAIL godoyana271@gmail.com

/ Hoja de vida / Presentación de hoja de vida

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

Id presentación	Nombre entidad	Fecha presentación	Presentar como	Motivo de presentación	Estado	Observaciones	Volver a presentar	Editar presentación	Ver hoja de vida validada	Eliminar
1572951	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	03/07/2025	Contratista	Actualización de datos	Enviada a entidad					



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ANA MARIA CRUZ GODOY
Identificación:	1069714186
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	godoyana271@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	03/07/25

Contratos Vigentes

Directorio

Encuesta de satisfacción

Canal SIDEAP

Análisis de datos

Centro de documentación

Formulario de soporte

ANA CRUZ

Siguiente

Histórico Declaraciones

10

Fecha Declaración	Tipo de Declaración	Fecha de Registro	Ver Declaración
03-jul-2025 00:00	Para actualizar durante la ejecución del contrato	03-jul-2025 14:15	<div><div></div>Generar Reporte</div>
03-jul-2025 00:00	Para actualizar durante el ejercicio del cargo	03-jul-2025 14:14	<div><div></div>Generar Reporte</div>
03-jul-2025 00:00	Para actualizar durante el ejercicio del cargo	03-jul-2025 14:09	<div><div></div>Generar Reporte</div>

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: 03-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA MARIA CRUZ GODOY

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1069714186 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CL 53 SUR 87 B 33

Teléfonos 3126962985 3142900783

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
John edisson cruz sanchez	80750159	Padre
liz meriyen godoy martinez	1069719768	Madre

Declaración

10

Fecha de declaración	Año gravable	Tipo	Estado	Ver
03-jul-2025	2024	Para actualización (Periodica)	Presentada	<div>Ver</div>