

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-07-01	<b>Hasta:</b>	2025-07-31	
<b>Nombre del Contratista:</b>	LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS		<b>Número de Documento:</b>	1033716202	
<b>Correo Electrónico:</b>	bellaisa-22@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3117246083	
<b>Nombre del Supervisor:</b>	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	<b>Cargo:</b>	ENFERMERO	<b>Código - Grado:</b>	243-09

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	5409-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	26
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
C01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	6	11519	\$2211648	103.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2211648</b>	<b>DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-04-11	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-08-31
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	ABRIL	\$ 1174938	
2	MAYO	\$ 2211648	
3	JUNIO	\$ 2073420	
4	JULIO	\$ 2211648	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10212745		\$ 10212745	\$ 7671654	\$ 2541091
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	-cumplir con el objetivo del contrato en coordinacion con el supervisor acorde a las nesecidades de los usuarios de la subred	- auditorias	
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.	-brindar informacion a los usuarios acerca normas de bioseguridad y seguridad del paciente	-historia clinica	
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervenció 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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-registrar las actividades realizadas a los usuarios de manera oportuna y veraz	- historias clinicas-auditorias	
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.	-participar en la capacitacion de protocolos,guias y de mas. y ponerlos en practica	- formatos guias. protocolos-prosedimientos	
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	-contribuir activamente en el proceso de atencion segura.para asegurar la recuperacion de los usuarios durante la hospitalizacion	-historia clinica	
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-apoyar las actividades propuestas en las areas profesionales	- las establecidas por la institucion	

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	\$ 2073420	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	88497455	-			
2025	JUNIO	2025	07	29					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud						FAMISANAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL					3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550488422225893		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS		2025-07-26 23:55:44		
RECHAZADO SUPERVISOR					IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-07-27 14:03:37		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS		2025-07-28 06:05:48		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS		2025-07-28 06:06:22		
RECHAZADO SUPERVISOR					IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-07-28 10:58:33		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS		2025-07-28 22:25:56		
RECHAZADO SUPERVISOR					IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-07-29 12:48:26		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS		2025-07-29 13:29:28		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-07-29 15:42:31		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2025-07-29 16:04:10		

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.

*Irene Guerra*

**IRENE GUERRA LEGUIZAMON  
ENFERMERO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033716202	LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS		k 1kr 16c 64a07 s	7651868	bellaisa-22@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

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	29/07/2025	88497455	\$448.000	

**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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	27	3.000	0	181.000	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	27	3.900	0	231.700	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	27	600	35.300			347	35.300	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
<b>SENA</b>				
0	27	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	27	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	181.000
Pensión	1	227.800	231.700
Riesgos Laborales	1	34.700	35.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>448.000</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033716202	LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS	k 1kr 16c 64a07 s	7651868	bellaisa-22@hotmail.com
<b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b>					
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	29/07/2025	88497455	\$448.000	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033716202	SERRANO DIMAS LEIDY SAMARA	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA


 Búsqueda  | Mis procesos  | Menú  | Ir a 

 Escritorio → Menú → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

## Datos guardados

 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

[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

#### Datos guardados

<input type="checkbox"/>	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/>	ARL SURA 1033716202 CTO 5409-2025 .pdf	ARL SURA 1033716202 CTO 5409-2025 .pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 5409-2025 ABRIL .pdf	CTO 5409-2025 ABRIL .pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA MAYO 2025 # CONTRATO 5409- 2025 LEIDY SERRANO.pdf	CUENTA MAYO 2025 # CONTRATO 5409- 2025 LEIDY SERRANO.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA -MES JUNIO - 2025 # CONTRATO - 5409- 2025 - LEIDY SERRANO .pdf	CUENTA -MES JUNIO - 2025 # CONTRATO - 5409- 2025 - LEIDY SERRANO .pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

&lt; Evaluación de la Entidad Estatal &gt;



Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y  
RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERES  
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos		
Primer nombre	Segundo nombre	Segundo apellido
LEIDI	SAMARA	SERRANO DIMAS

Documento de identificación  
 Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
 País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
 País  Departamento  Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR


## 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
1598436	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	29/07/2025	Contratista	Actualización de datos	Enviada a entidad					
1495695	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	02/02/2025	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					
1334672	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	27/06/2024	Contratista	Nueva vinculación	Con observaciones					

Encuesta de satisfacción    Canal SIDEAP    Análítica de datos    Centro de documentación    Manual de usuario Bienes y Rentas    Formulario de soporte    LEIDY SE

**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: 29-Jul-2025

---

**1. DECLARACION JURAMENTADA**  
**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

**YO, LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS IDENTIFICADO CON C.C.  C.E.  T.I.  No. 1033716202 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**  
**País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C. Teléfonos 3117246083 3117246083**  
**Dirección carrera 16 c 65 a 40**


**Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:**

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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:

Directorio
Encuesta de satisfacción
Canal SIDEAP
Análítica de datos
Centro de documentación
Formulario de soporte
LEIDY SERRANO



**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida en validar



**1 DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO SERRANO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DIMAS	NOMBRES LEIDY SAMARA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1033716202		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	DÍA <input type="text" value="8"/> MES <input type="text" value="FEB"/> AÑO <input type="text" value="1989"/>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 16 e 65 a 40	
PAIS	Colombia	PAIS	Colombia
DEPTO	Bogotá D.C.	CIUDAD Bogotá D.C.	DEPTO Bogotá D.C.
CIUDAD	Bogotá D.C.	EMAIL bellisa-22@hotmail.com	TELEFONO 3117246083

**2 FORMACIÓN ACADÉMICA**

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

ESTUDIOS COMPLETADOS

Directorio Encuesta de satisfacción Canal SIDEAP Analítica de datos Centro de documentación Formulario de soporte LEIDY SERRANO

BOGOTÁ

sideap

### FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	LEIDY SAMARA SERRANO DIMAS
Identificación:	1033716202
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	
Correo:	belalaisal22@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	29/07/25

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 constitutivos 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.

La entidad se reserva el derecho de recomendar al interesado renunciar a la función pública si esta no es aceptada en cualquier momento.

A- A+ O