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:	LINA MARCELA ZABALA LOZANO		**Número de Documento:**	1026597696	
Correo Electrónico:	linazabalanutri@gmail.com		**Número Telefónico:**	3187484646	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1323-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 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
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	25881	$4762104	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4762104**	**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-02		**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	$ 1010896	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 5874987	1197

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 4613064
2	FEBRERO	$ 4613064

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 5064342
4	ABRIL	$ 4762104
5	MAYO	$ 4762104
6	JUNIO	$ 4762104
7	JULIO	$ 4762104

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31215107	**$ 38100990**	**$ 33338886**	**$ 4762104**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Hacer Revisión y apropiación conceptual de documentos marco relacionados con el tema en cuestión.	-No se requirió para el mes actual, se realizó al ingreso a la Subred Sur, en el mes de diciembre como actualización del lineamiento del nuevo convenio y en mayo para revisión de Instrumento de riesgo.	-No aplica para el mes actual.
2	2. Elaborar del plan de acción.	-Se realizó la elaboración en el mes de diciembre al inicio de la vigencia actual. Para el mes actual, se diligencia el avance correspondiente de manera mensual de acuerdo con los tiempos establecidos.	-Correo de envío del diligenciamiento del plan de acción en los tiempos correspondientes
3	3. Realizar acompañamiento, participación y cumplimiento de compromisos en el marco de la mesa técnica de seguridad alimentaria de la subred o la que haga sus veces.	-Se participa en la mesa técnica de seguridad alimentaria y nutricional de la Subred Sur correspondiente al mes actual.	-Acta de la Mesa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
4	4.Asistir a Reuniones acorde a necesidad entre el profesional especializado y universitario del producto de Gestión en Salud y Nutrición del Entorno Institucional, o con el profesional de Implementación, seguimiento y monitoreo de estrategias distritales relacionadas con Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil del Entorno Institucional o el profesional de Gestión del Programa Madre Canguro de GPAISP.	-NO se realizan reuniones para generar articulación en las acciones que se llevan a cabo desde diferentes perfiles, entornos y/o transversalidades para el desarrollo mancomunado de las obligaciones y cumplimiento del lineamiento.	-No aplica para el mes actual.
5	5. Hacer el Diligenciamiento de la base de seguimiento a proyectos de Inversión.	-Se proyecta realizar diligenciamiento de acuerdo con los tiempos establecidos.	-Correo de envío del diligenciamiento de la matriz de proyectos de inversión en los tiempos correspondientes
6	6. Realizar Gestión de dificultades que se presenten en el proceso de gestión en salud y nutrición o en las temáticas priorizadas en la IPS, cuando aplique.	-"Se realiza envío de correo a referente de SDS dando a conocer las dificultades presentadas de: - Dificultad en priorización de IPS Virrey Paseo Villa del Río (Riesgo de desnutrición aguda) 08_07_2025 - Dificultad actividad de educación a familias Producto #21 14_07_2025"	-Correo(s) a SDS evidenciando la(s) dificultad(es) presentada(s)

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Participar en las jornadas de direccionamiento técnico y operativo a demanda de la Secretaría Distrital de Salud, así como respuesta dentro de los tiempos establecidos a las solicitudes de información realizadas desde nivel central.	-"Se asiste a las reuniones con referente de SDS en el mes actual, de acuerdo con las convocatorias realizada por la referente. - Articulación y unificación criterios 29_07_2025"	-Actas de reunión
8	8. Asistir a Reunión mensual con los profesionales del producto Gestión en Salud y Nutrición (perfil universitario 1) de las cuatro Subredes.	-Se asiste a la reunión mensual con los profesionales de las cuatro Subredes para la revisión centralizada de las cohortes priorizadas y generación de estrategias de trabajo articulado que permitan el cumplimiento del plan de acción. 24_07_2025	-Acta de reunión
9	9. Participar en las mesas de trabajo que convoque nivel central con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB para la revisión y acompañamiento en el seguimiento a la atención integral en salud de las cohortes priorizadas que realizan dichas entidades.	-No se convocan desde SDS mesas de trabajo para la revisión y acompañamiento en el seguimiento a la atención integral en salud de las cohortes priorizadas.	-No aplica para el mes actual.
10	10. Hacer la selección de los casos de niños, niñas y gestantes que harán parte de las cohortes priorizadas a partir de las bases de datos compartidas por nivel central de manera mensual, de acuerdo con los criterios y formatos definidos en Realizar acompañamiento técnico con nivel central.	-Se realiza la selección de los 40 casos de las cohortes priorizadas, de acuerdo con las bases de datos compartidas desde nivel central.	-Formato de casos de cohortes priorizadas diligenciado
11	11. verificar la atención integral en salud de las cohortes priorizadas, de acuerdo con lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, en los formatos establecidos por nivel central o en acta de reunión de la visita realizada a la EAPB e IPS.	-"Se realizan las 5 visitas presenciales a las IPS para la revisión de los casos de las cohortes priorizadas, de acuerdo con las bases de datos compartidas desde nivel central. Se continúa la implementación del Instrumento de Adherencia a la Ruta de Riesgo de Desnutrición Aguda."	-Instrumentos de adherencia a la ruta de riesgo de desnutrición aguda dliligenciados
12	12. Realizar Gestiones ante las EAPB e IPS por medio de una o varias de las siguientes acciones: correos, visitas, oficios, canalizaciones al SIRC, reuniones u otras formas de acuerdo con la dinámica de la EAPB o la Subred, según necesidades y hallazgos identificados.	-Se realizan las gestiones correspondientes ante las EAPB, IPS y/o usuarios por medio de llamadas telefónicas, correos, canalizaciones y/o reuniones.	-"Correos, canalizaciones y/o acta de reunión Base de registro de seguimientos a los casos"
13	13. Realizar Gestión intersectorial de los casos que lo requieran de las cohortes priorizadas por medio de las acciones que defina la Subred de acuerdo con sus dinámicas o convenios.	-No aplica para el mes actual, durante los casos verificados para el mes actual no se requirió de gestión intersectorial.	-No aplica para el mes actual.
14	14. Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental	-Se proyecta entrega del archivo correspondiente a la intervención realizada para el mes actual, de acuerdo a las dinámicas del producto #21 y a la concertación con la profesional de apoyo del entorno.	-Soportes entregados físicos y/o cargados digitales de la intervención realizada durante el mes actual
15	15. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-"Se realizan las siguientes actividades: - Cronograma del mes actual y proyección del mes siguiente. - Reunion de equipo del Entorno Institucional"	-Acta de reunión, listados de asistencia, archivos de drive y/o evidencia fotográfica de asistencia presencial o virtual.

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**	$ 4762104
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	88097599	-		
2025	**JUNIO**	**2025**	**07**	**21**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS**			

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1904842	$ 304775	**$ 304800**
Salud		COMPENSAR		$ 238105	**$ 238200**
ARL	3	POSITIVA		$ 46402	**$ 46500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 552823**	**$ 589500**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	765125331

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINA MARCELA ZABALA LOZANO	2025-07-24 23:11:28
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-07-27 11:54:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-07-28 11:30:42

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026597696	LINA MARCELA ZABALA LOZANO	Tv 64#1-55	3187484646	linazabala22@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	21/07/2025	88097599	$589.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	238.200	0		0		0	0	0	0	238.200	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	304.800	0	0	0	0	0	0		304.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	46.500				46.500	0	0	46.500			465	46.500	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	238.200	238.200
Pensión	1	304.800	304.800
Riesgos Laborales	1	46.500	46.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	589.500	589.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026597696	LINA MARCELA ZABALA LOZANO	Tv 64#1-55	3187484646	linazabala22@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	21/07/2025	88097599	$589.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1026597696	ZABALA LOZANO LINA MARCELA	59	0			N																	230301	1.904.842	304.800	0	0	0	0	EPS008	1.904.842	238.200	14-23	1.904.842	3	46.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Transacción Exitosa

Débito realizado Exitosamente.

Seleccione el botón terminar para confirmar la transacción con el establecimiento.

Su número de autorización es:	2157650121
Fecha y hora de la operación:	Sun Jul 20 19:28:28 GMT-05:00 2025
Debitado de la cuenta:	Cuenta de Ahorro Nómina - *****5331
Empresa facturadora:	COMPENSAR-OI
Número de la factura:	88097599
Valor:	$589,500.00
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Como soporte de esta transacción, por favor haga Click en el botón imprimir.

Cualquier inquietud, comunícate con nuestro Número Único por ciudad:

Bogotá	581 8181	**Cartagena**	693 1818
Medellín	604 1818	**Cali**	486 1818
Bucaramanga	697 1818	**Pereira**	340 1818
Barranquilla	385 1818	**Manizales**	887 9818
		Otras ciudades	018000 512633

Imprimir Terminar

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					

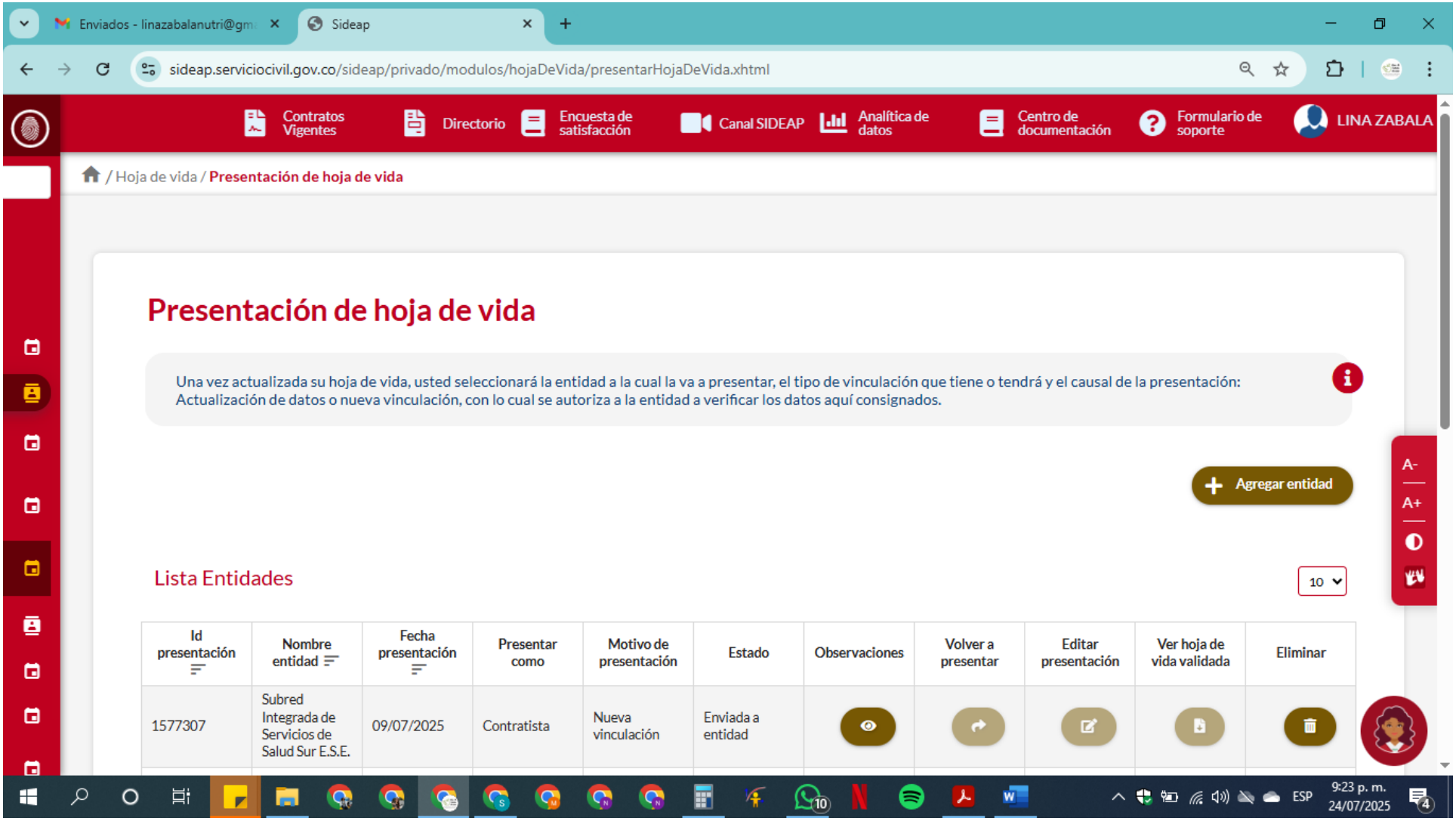
Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1323_01_2025.pdf	4. 1323_01_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_02_2025.pdf	4. 1323_02_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_03_2025.pdf	4. 1323_03_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_04_2025.pdf	4. 1323_04_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_05_2025.pdf	4. 1323_05_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1323_06_2025.pdf	4. 1323_06_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >


Enviados - linazabalanutri@gm
Sideap
sideap.serviciocivil.gov.co/sideap/privado/modulos/hojaDeVida/presentarHojaDeVida.xhtml
Contratos Vigentes
Directorio
Encuesta de satisfacción
Canal SIDEAP
Analítica de datos
Centro de documentación
Formulario de soporte
LINA ZABALA
/ 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
A-
A+
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
1577307
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
09/07/2025
Contratista
Nueva vinculación
Enviada a entidad
ESP
9:23 p. m.
24/07/2025

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LINA MARCELA ZABALA LOZANO

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1026597696 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección TV 64 1 55 IN 15 AP 402 **Teléfonos** 3187484646 3187484646

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GLORIA ESPERANZA LOZANO GÓNGORA	39618094	Madre
WILLIAM EDUARDO ZABALA VASQUEZ	79203337	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 ◯

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	LINA MARCELA ZABALA LOZANO
Identificación:	1026597696
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	linazabalanutri@gmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	09/07/25

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.

LINA MARCELA ZABALA LOZANO

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 2.830.971 finalizado

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	Estado
	2830971-01 Declaración inicial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	INGRESO	2025-07-25 19:18	2025-07-25 20:21	FINALIZADO