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:	DAYNERIS NOLAND FERRER		**Número de Documento:**	1016118255	
Correo Electrónico:	daynerisnoland@gmail.com		**Número Telefónico:**	3505331388	
Nombre del Supervisor:	JHON EDISON PARRA MANCIPE	**Cargo:**	MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2143-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
J02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	18	100034	$20406936	109.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 20406936**	**VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-12	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 7502550	
2	FEBRERO	$ 12004080	
3	MARZO	$ 12004080	
4	ABRIL	$ 11403876	
5	MAYO	$ 12604284	
6	JUNIO	$ 14404896	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
7	JULIO	$ 20406936

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 148850000	**$ 148850000**	**$ 90330702**	**$ 58519298**

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) Especializado(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	-Brindar atención medica a pacientes de la SUBRED SUR con principios de calidad, oportunidad y pertinencia de acuerdo a su condición de salud. Realizar valoración de ingreso y de seguimiento hasta su egreso.	- Registros en dinámica gerencial hospitalaria.
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.	-Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Registros en dinámica gerencial hospitalaria.
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).	-Generar registros en la historia clinica clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas 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).	- Registros en dinámica gerencial hospitalaria.
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.	-Realizar entrega de informacion a familiares explicando de manera clara y en lenguaje entendibe para el paciente y/o familiar. Encaminada a promover habitos saludables	-. Registros en dinámica gerencial hospitalaria.
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.	-Realizar trabajo permanente elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	-Participación académica enfocada en la investigación e innovación. Registro en Historia clinica de dinamica generencial hospitalaria.Intranet y gestion documental.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Actividades realizadas en pro de la atención integral, humanizada y comprometida con nuestros usuarios, familiares y comunidad que acuda a la subred integrada de servicios de salud sur.	- Aplicacion de models de atencion integran en salud al individuo, familia y comunidad de la subred sur.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Registro en Historia clinica de dinamica generencial hospitalaria.Solicitud de valoraciones e interconsultas con equipos interdisciplinarios
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Valorar diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso.	-Realizar notificaciones a servicios pertinentes a través de dinámica general hospitalaria para continuar cuidando de nuestros pacientes.
9	9). Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E.	-Entrega de información de pacientes a familiares en la Subred Sur E.S.E., con el fin de facilitar el contacto familiar, fortalecer su proceso de rehabilitación, cuidado, asistencia y la posterior integración social del paciente a su familia y la comunidad.	-Atencion humanizada a nuestros visitantes, familiares y pacientes.
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales

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	$ 14404896
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9488680417	FE 183		
2025	**JUNIO**	**2025**	**07**	**14**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEISPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 5761958	$ 921913	**$ 2044000**
Salud		COMPENSAR		$ 720245	**$ 1502900**
ARL	3	SURA		$ 140361	**$ 293000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1672235**	**$ 3839900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	25309030

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FERRER DAYNERIS NOLAND	2025-07-27 00:24:00
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FERRER DAYNERIS NOLAND	2025-07-28 07:28:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FERRER DAYNERIS NOLAND	2025-07-28 22:35:53
RECHAZADO SUPERVISOR	JHON EDISON PARRA MANCIPE	2025-07-29 10:40:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FERRER DAYNERIS NOLAND	2025-07-29 10:55:03
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JHON EDISON PARRA MANCIPE	2025-07-29 12:35:24
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-07-30 11:00:49

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.



JHON EDISON PARRA MANCIPE
MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO

© Siasur - 2025

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016118255		NOLAND FERRER DAYNERIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CL 6 68 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1625367112	9488680417	I	2025/07/11	2025/07/14	BANCO DE BOGOTA	3	$4,080,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC	1016118255	NOLAND DAYNERIS									X							23030 1	30	EPS008	30	CCF24	30	14-11	30	2.436%	30	No
Total	**Afiliados(1)**																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016118255		NOLAND FERRER DAYNERIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CL 6 68 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1625367112	9488680417	I	2025/07/11	2025/07/14	BANCO DE BOGOTA	3	$4,080,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,040,000	$4,000	$0	$2,044,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$2,040,000	$4,000	$0	$2,044,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$292,400	$600	$0	$293,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$292,400	$600	$0	$293,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$500	$0	$240,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$240,000	$500	$0	$240,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500,000	$2,900	$0	$1,502,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$1,500,000	$2,900	$0	$1,502,900
TOTAL				1	$4,072,400	$8,000	$0	$4,080,400

DAYNERIS NOLAND FERRER

NIT 1016118255- 9
Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764093327121 del 20/05/2025 al 20/11/2025
Habilita numeración de:
FE-174 al FE-200
Régimen: No responsable de IVA
Responsabilidad fiscal:
O-47 Régimen simple de tributación

CR 69 D 3 80 SUR TO 5 AP 707

Bogotá, D.C,Bogotá, Colombia

Persona natural
No responsable de IVA
Actividad económica 8621

Factura Electronica de Venta No. FE183
Fecha de emisión: 26/07/2025 08:25:10 PM
Fecha de validación DIAN: 26/07/2025 08:28:17 PM
Fecha de vencimiento: 26/07/2025
Plazo (Días): 0
Codigo de Moneda COP
Tasa de Cambio
Orden de Compra
Remisión
Pedido
Asesor
Aviso de Recibo

Cliente: HOSPITAL TUNAL
NIT 900958564 - 9
Dirección: carrera 20 No 47B-35 sur
Codigo Cliente 004
Teléfono: 17428585
Dirección Despacho:
Contacto:
Ciudad: Bogotá, D.C
Departamento: Bogotá
País: Colombia

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1		Servicio Médico especialista en medicina interna y cuidado critico mes julio/ 2025	204,00	unidad	COP 100,034.00	COP 0.00			COP 20,406,936.00

Total de items: 1
Observaciones

Forma de pago: Contado
Medio de pago: Efectivo

Favor consignar a la cuenta de ahorros del Banco BBVA No. 0318162047

Subtotal:	COP 20,406,936.00

Impuestos:	COP 0.00
Retenciones:	COP 0.00
Cargos de la factura:	COP 0.00
Descuentos de la factura:	COP 0.00
Anticipos:	COP 0.00
Total	COP 20,406,936.00
Neto a pagar	COP 20,406,936.00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE b776e0cd8019220ae0b93cb94e6098c9d2762c21254fc8d1bc24d9e155cbeab10620cc90dd03f2b01c7308981a9984b2

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? 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					

Crea

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	cuenta agosto noland.pdf	cuenta agosto noland.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta septiembre noland.pdf	cuenta septiembre noland.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta octubre noland.pdf	cuenta octubre noland.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta noviembre noland.pdf	cuenta noviembre noland.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta diciembre noland.pdf	cuenta diciembre noland.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES FEBRERO CTO 2143-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES FEBRERO CTO 2143-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES MARZO CTO 2143-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES MARZO CTO 2143-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES ABRIL CTO 2143-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES ABRIL CTO 2143-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES MAYO CTO 2143-2025 (2).pdf	CUENTA DE COBRO MES MAYO CTO 2143-2025 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES JUNIO CTO 2143-2025 (2).pdf	CUENTA DE COBRO MES JUNIO CTO 2143-2025 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973608763

(415)7707212489984(8020) 000001497360876 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 1 6 1 1 8 2 5 5	9	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 6 1 1 8 2 5 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NOLAND	FERRER	DAYNERIS	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 68 5 17 CON PORTOAMERICAS

42. Correo electrónico: daynerisnoland@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 3 1 1	3 5 0 5 3 3 1 3 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 9 1 1 2 6							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	7	4	9	5	2																				

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre NOLAND FERRER DAYNERIS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 2 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14973608763

(415)7707212489984(8020) **000001497360876 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 1 6 1 1 8 2 5 5	9	Impuestos de Bogotá	3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase		
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro		
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento		
79. Ciudad/Municipio		
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 2 5	2 0 2 3 0 2 1 0		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	DAYNERIS NOLAND FERRER
Identificación:	1016118255
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	daynerisnoland@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	28/07/25

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.

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 la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: af6db4d7b9e5e69be3dc8fc78a0e83b5f119d94340e5125eaba4ba04cccddbc5

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

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: 28-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DAYNERIS NOLAND FERRER

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1016118255 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 24 B 72 A 14 **Teléfonos** 3505331388 3505331388

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS RAMSER RUIZ NOLAND	1126258176	Hijo(a)

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	$ 98.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 98.000.000,00

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 de Bogotá	Cuenta de ahorros	027251073	Americas	$ 2.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Dayneris Noland Ferrer	arriendo	$ 2.000.000,00

Regrese a Declaraciones de Ley 2013 de 2019 | Información personal | Declaración de bienes y rentas | Registro de conflictos de interés | Impuesto sobre la renta y complementarios | Resumen publicación y finalización

Declaración de Ley 2013 de 2019

MOSTRAR FORMULARIO

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Tipo de persona: NATURAL
Entidad: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
Cargo: CONTRATISTA
¿Es usted o va a ser Contratista?: SÍ
Tipo de publicación: INGRESO

Información de la persona natural

Primer nombre	DAYNERIS
Segundo nombre	
Primer apellido	NOLAND
Segundo apellido	FERRER
Tipo de documento de identidad	CEDULA DE CIUDADANIA
Número de documento de identidad	1016118255
País nacimiento	CUBA
Departamento nacimiento	
Municipio nacimiento	
País domicilio	COLOMBIA
Departamento domicilio	BOGOTÁ. D.C.
Municipio domicilio	BOGOTÁ. D.C.