



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?  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		
<input type="checkbox"/> CTO 3728 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf (Archivado)	CTO 3728 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1848 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf	CTO 1848 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1848 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	CTO 1848 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1848 CUENTA DE COBRO DE MARZO.pdf	CTO 1848 CUENTA DE COBRO DE MARZO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1848 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	CTO 1848 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1484 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	CTO 1484 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1848 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	CTO 1848 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-25, 03:43:10 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1073517289

Periodo Cotización: junio de 2025

Periodo Servicio: junio de 2025

Referencia pago (PIN): 8864571850

## PAGADO 25/07/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LLERALDIN POLANIA CRUZ		
Documento	CC1033733432	Dirección	CRA 2 ESTE N 90 A 83 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3132494507
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	USI	IGI	UMI	UAC	UAP	UPT	URD	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033733432	LLERANDIN POLANIA CRUZ	59	00																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 1.423.500	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	\$ 5.200	\$ 474.200



Aplicativo por la  
Integridad pública



## 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

[Información del usuario 2.841.070 creado](#)


Acciones	<u>Declaración No.</u>	Entidad	Cargo/Contratista	<u>Tipo de publicación</u>	<u>Fecha de creación</u>	<u>Fecha de publicación</u>
 	<b>2809113-01</b> Declaración inicial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	INGRESO	2025-07-18 12:16	

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: [sopORTEaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co](mailto: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



 / Bienes y Rentas



Cancelar borrador

## PRESENTAR DECLARACIÓN

La información que está a punto de presentar como declaración juramentada de bienes y rentas ya no podrá ser modificada siendo únicamente responsabilidad de la veracidad de los datos.

Si está de acuerdo con los valores y datos presentados y considera que es correcto, seleccione **“Presentar”**, de lo contrario seleccione **“Finalizar”** para que pueda ir adelante finalizar el proceso.

Finalizar

Presentar

A-

A+



 icono centro-de-relevo



© Todos los derechos reservados





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.



## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

Nombre:	LLERANDIN POLANIA CRUZ
Identificación:	1033733432
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	llegaljuli2012@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: 15828f9dadd6a909e33e918c1b3c76751ac5ecb133b2c2d58a43375292bb3d15

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.



Última Actualización: 18-jul-2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LLERANDIN POLANIA CRUZ

IDENTIFICADO CON C.C.  C.E.  T.I.  No. 1033733432 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección cra 2 este # 90 a 83 sur

Teléfonos 3132494507 7163033

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANGEL ADRIAN DIAZ POLANIA	1023047833	Hijo(a)
JULIAN DAVID DIAZ POLANIA	1023000759	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	\$ 1.800.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 800.000,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 10.850.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 13.450.000,00

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 Davivienda	Cuenta de ahorros	488402156431	tunal	\$ 0,00

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
		\$ 0,00



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: 18-jul-2025

#### 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI**  **NO**  tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
CRISTHIAN CAMILO DIAZ SAENZ	<b>C.C</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>C.E</b> <input type="checkbox"/> <b>T.I.</b> <input type="checkbox"/>	1022984064

#### 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

#### 3. FIRMA

Firma electrónica:  
LLERANDIN POLANIA CRUZ 28/07/2025 12:24:34

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 18-jul-2025

**CIUDAD Y FECHA**

**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>	LLERANDIN POLANIA CRUZ		<b>Número de Documento:</b>	1033733432
<b>Correo Electrónico:</b>	lheraljuli2012@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3132494507
<b>Nombre del Supervisor:</b>	MARIO GARZON JARA JAIR	<b>Cargo:</b>	JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	<b>Código Grado:</b> - 230

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	1848-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	6
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS CANDELARIA I				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

<b>Centro de Costos</b>	<b>Dirección</b>	<b>Unidad</b>	<b>Total</b>	<b>Procentaje(%) Centro de Costos</b>
O02ULN	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO	\$1833960	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 1833960	<b>UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS</b>		

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>		2025-01-06		<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>		2025-08-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>	
1	2025-06-16	2025-08-31	1	\$ 0	0	
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>		
1		ENERO		\$ 1822028		
2		FEBRERO		\$ 1822028		
3		MARZO		\$ 1822028		
4		ABRIL		\$ 1822028		
5		MAYO		\$ 1833960		

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>				
6		JUNIO	\$ 1833960	
7		JULIO	\$ 1833960	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 14576224		\$ 14576224	\$ 12789992	\$ 1786232
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>	
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.	-se realizan charlas informativas a los usuarios trasladados	-20 charlas al mes	
2	Informar y orientar a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur o mediante atención telefónica, promoviendo el enfoque diferencial según la necesidad de los mismos y entregar soporte físico de la atención individual o grupal y realizar los registros en el aplicativo SI CUENTANOS de manera oportuna.	-se realiza charlas educativas sobre el agendamiento de la ruta de la salud	-se informa el uso de la ruta se realiza 10 agendamiento	
3	Realizar filtro de ingreso en la Unidad de Servicios de Salud, para identificar necesidad de usuarios y direccionar de manera adecuada, cálida, oportuna y efectiva; verificando la documentación pertinente, de acuerdo al servicio requerido.	-se realiza aplicación de encuestas de satisfacción	-se aplican 75 encuestas de satisfacción de servicio complementarios y ambulatorio	
4	Identificar población preferencial, poblacional y especial gestionando su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad y realizar los registros SI CUENTANOS	-registro en el aplicativo sidma (250 registros en sidma )	-250 registro de sidma	
5	Realizar divulgación permanente de información de interés en sala de espera para los usuarios de los servicios, derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha, y demás requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	-desarrollar las actividades relacionadas en el convenio 008-2021 con el fin de dar cumplimiento al objeto	-charlas, registros en SIDMA, encuestas y agendamientos	
6	Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera.	-desarrollar las actividades relacionadas en el convenio 008-2021 con el fin de dar cumplimiento al objeto	-charlas, registros en SIDMA, encuestas y agendamientos	

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
7	Desplegar las acciones de educación dirigidas por la Oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, dirigidas a los colaboradores y funcionarios en temáticas como : política de género, inclusión y no discriminación, derechos y deberes, mecanismos de escucha, canales de atención, enfoque diferencial, entre otras.	-Se realiza despliegue de las acciones de educación dirigidas por la Oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, dirigidas a los colaboradores y funcionarios en temáticas como : política de género, inclusión y no discriminación, derechos y deberes, mecanismos de escucha, canales de atención, enfoque diferencial, entre otras.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 1833960
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	JUNIO	2025	07	25	1073517289	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS			
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					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488402156431	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LLERANDIN POLANIA CRUZ		2025-07-25 18:18:55	
RECHAZADO SUPERVISOR					MARIO JAIR GARZON JARA		2025-07-28 10:03:04	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LLERANDIN POLANIA CRUZ		2025-07-28 12:29:06	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIO JAIR GARZON JARA		2025-07-29 12:07:19	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-07-30 09:14:03	

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.



MARIO JAIR GARZON JARA 110611  
 Carrera 20 No. 40-61 Assisur - Código Postal: 110611  
 JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y  
 Teléfono 7300000 Ext 26017  
 © Siasur - 2025

**SERVICIO AL CIUDADANO**