

	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 YUDIRA VALDES TIMOTE		Número de Documento:	52857798	
Correo Electrónico:	yudival1982@hotmail.com		Número Telefónico:	3208818640	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3358-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
E01VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	186	0	10577	\$1967322	105.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1967322	UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIDOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 812754	
2	FEBRERO	\$ 1866324	
3	MARZO	\$ 1967322	
4	ABRIL	\$ 1967322	
5	MAYO	\$ 1776936	
6	JUNIO	\$ 1977899	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
7	JULIO	\$ 1967322	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 14930592	\$ 14930592	\$ 12335879	\$ 2594713
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 Técnico Profesional en Salud Oral 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
2	Realizar el plan de tratamiento de promoción y prevención al paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio bajo los principios del modelo de atención institucional	-ATENCION A USUARIOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	--FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
3	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.	-REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
4	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, 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 (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).	-APOYAR LA ATENCIÓN DE AUDITORIAS DE LENTES DE CONTROL, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y / O SOPORTES REQUERIDA , QUE CORRESPONDAN AL OBJETIVO DEL CONTRATO	-REQUISITOS INSTITUCIONALES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de salud oral y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION INTEGRAL.	-REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTE
6	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 (Generación de informes solicitados confiables, oportunos, remisión listas chequeo seguras, consentimientos informados, causas de inatención e inasistencias, sisveso, entre otros.	-REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ASISTENCIA AL PROFESIONAL ODONTOLOGO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CONSULTORIOS, LAVADO Y EMPAQUE DE INSTRUMENTAL A CENTRAL DE ESTERILIZACION, ETC	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
7	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-BRINDAR ATENCION HUMANA, EFICAZ Y DE CALIDAD TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO QUE REQUIERA EL SERVICIO	--REQUISITOS INSTITUCIONALES
8	Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional.	-EJECUTAR LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS ACORDE CON LOS PROTOCOLOS, GUIAS, LINEAMIENTOS, MANUALES QUE REGULAN EL PERFIL-	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
9	Realizar gestión de agendas del servicio de odontología.	-BRINDANDO A LOS PACIENTES INFORMACION PARA LA ATENCION DEL SERVICIO Y DIRECCIONANDO A LOS DEMAS SERVICIOS PARA UNA ATENCION INTEGRAL.	--REGISTRO DE FORMATOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES
10	Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMII, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y postest de apropiación de conocimiento.	-CUMPLIR CON LA ACTIVIDADES QUE CORRESPONDEN AL OBJETIVO DEL CONTRATO, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS INCLUIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD	-FORMATO DE LA SUBRED SUR QUE APLICA PARA ESTE PROCESO
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. "	-ASISTIR A INDUCCION O REINDUCCION PROGRAMADA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR - E.S.E CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES PROGRAMADAS	-REQUISITOS INSTITUCIONALES

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	8388092578	-			\$ 1977899	
2025	JUNIO	2025	07	11						
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS					
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				NO		Total	\$ 413129		\$ 440500	
INFORMACIÓN DE PAGO										
Entidad Bancaria		BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	004870452648		
HISTÓRICO										
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA YUDIRIA TIMOTE			2025-07-24 19:39:56		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2025-07-27 11:37:35		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2025-07-30 17:43:41		

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.

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE
No. Identificación: CC52857798
Dirección: CALLE 62 SUR NO 32 - 25
Telefono: 7180127
Correo: yudival1982@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8388092578

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52857798	Periodo de Cotización Salud	junio de 2025
Número de planilla	8388092578	Periodo de Cotización Pensión	junio de 2025
Fecha pago	2025-07-11	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	40082912	Total Pagado	440500
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52857798
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0



- 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? ☐ 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		
	Cuenta Enero 21 al 31 -2025 -Contrato N°-3358.pdf (Archivado)	Cuenta Enero 21 al 31 -2025 -Contrato N°-3358.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Enero21 al 31-2025-contratoN° 3358.pdf	Cuenta Enero21 al 31-2025-contratoN° 3358.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta febrero-contrato N°3358-2025.pdf	Cuenta febrero-contrato N°3358-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Marzo Contrato N°33-58-2025.pdf	Cuenta Marzo Contrato N°33-58-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta AbrilcontratoN°3358-2025.pdf	Cuenta AbrilcontratoN°3358-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta mayo-contratoN°3358-2025.pdf	Cuenta mayo-contratoN°3358-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO-CONTRATO-N°3358-2025.pdf	CUENTA JUNIO-CONTRATON°3358-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VALDES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TIMOTE	NOMBRES ANA YUDIRIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52857798	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 4 MES OCT AÑO 1981 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD Ortega		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 62 sur # 32-25 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6017180127 EMAIL yudival1982@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO
											bachiller academico
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES
										☒	DICIEMBRE
											AÑO
											2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Formación técnica	2	X	TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL	12 2014	52857798

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
MANEJO DE VICTIMAS DE LA VIOLENCIA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2020	40
CURSO DE RADIOPROTECCION	FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA COLOMBIANA	2018	30

Firma electronica validador: null

192318

Documento electrónico: null

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

Página 1 de 3

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: 23-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52857798 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección calle 62 sur # 32-25

Teléfonos 3208818640 6017180127

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
jerson steven Timote valdes	1031172982	Hijo(a)
lorena sofia sánchez valdes	1010962765	Hijo(a)
luz mery Timote Motta	38150102	Madre

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	\$ 19.891.344,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 19.891.344,00

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	004870452648	CC TUNAL	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	CASA FAMILIAR	\$ 81.000.000,00

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre: ANA YUDIRIA VALDES TIMOTE
Identificación: 52857798
Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo: Contratista
Correo: yudival1982@hotmail.com
Tipo declaración: Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración: 23/07/25

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:

Aplicativo por la
Integridad pública[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 2.798.959 finalizado

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación ▼	Estado
  	2798959-01 Declaración inicial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2025-07-15 09:32	2025-07-15 14:05	FINALIZADO