En el marco de la campaña "Bogotá, cuidadora", La Secretaría Distrital de Salud certifica que:

MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA

C.C.1022939893

Participó en la formación como:

Promotores del bienestar emocional - Conecta con tus emociones

Primer Semestre 2025

Bogotá

F w b 4 6 L 8 t P 4

Julián Orjuela Benavides
Subsecretario de Gestión Territorial,
Participación y Servicio a la Ciudadanía

Salome Valencia Aguirre
Coordinadora CDEIS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

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		
☐	ARL SURA 1022939893 CTO 5732-2025.pdf	ARL SURA 1022939893 CTO 5732-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO FONDO DE PENSIONES.pdf	CERTIFICADO FONDO DE PENSIONES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO EPS.pdf	CERTIFICADO EPS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5732-2025 MAYO.pdf	5732-2025 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5732-2025 JUNIO.pdf	5732-2025 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5732-2025 JULIO.pdf	5732-2025 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5732-2025 AGOSTO.pdf	5732-2025 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022939893		PINZON HIGUERA MONICA DEYANIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Car 49 d # 68 f - 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142045148	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000002220	9491357738	I	2025/09/19	2025/09/15	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 1022939893	PINZON MONICA	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022939893		PINZON HIGUERA MONICA DEYANIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Car 49 d # 68 f - 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142045148	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000002220	9491357738	I	2025/09/19	2025/09/15	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

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:**	2025-09-01	**Hasta:**	2025-09-30	
Nombre del Contratista:	MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA		**Número de Documento:**	1022939893	
Correo Electrónico:	monik1026@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3202632032	
Nombre del Supervisor:	MARIO JAIR GARZON JARA	**Cargo:**	JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	**Código - Grado:**	230

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5732-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	846
Perfil:	TECNICO ADMINISTRATIVO II				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V04VAN013	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	USS CANDELARIA I	$2491666	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2491666**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEISPESOS**		

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-05-12		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-17
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-16	2025-12-31	1	$ 11046386	1323
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 1578055	
2		JUNIO		$ 2491666	
3		JULIO		$ 2491666	
4		AGOSTO		$ 2491666	
5		SEPTIEMBRE		$ 2491666	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7973331	**$ 19019717**	**$ 11544719**	**$ 7474998**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo logístico a la gestión en el proceso de trabajo social a través del enlace de usuarios con discapacidad auditiva, utilizando la comunicación visual a través de gestos, expresiones faciales y movimientos corporales, en las diferentes unidades de la subred integrada de servicios de salud sur ESE.	Se brinda información personalizada sobre las necesidades requeridas por los usuarios con el fin de mitigar barreras de acceso. Se registra en el aplicativo SI CUENTANOS dicha información como orientaciones individuales	-Se realiza orientación al ingreso de 250 usuarios en el aplicativo SI CUENTANOS
2	Apoyar al equipo de comunicación en la realización de videos institucionales utilizando la comunicación visual a través de gestos, expresiones faciales y movimientos corporales.	-Se realiza verificación de documentos para direccionar los servicios solicitados por los usuarios ya sean trámites de asignación de citas o facturación. Se realiza verificación de Seguridad Social en salud en las bases de datos de DNP, Comprobador de derechos y Adres	-soportes
3	Apoyar en las actividades institucionales que requieran transmisión en video utilizando la comunicación visual a través de gestos, expresiones faciales y movimientos corporales.	-Se realiza filtro permanente para identificar la población prioritaria (adulto mayor, gestantes, niños en brazos, personas en condición de discapacidad). Y así direccionarlas a la ventanilla VIP, se genera digiturno	-Se realiza filtro de ingreso y se entregan 60 turnos preferenciales
4	Acompañar a pacientes y familias con discapacidad auditiva a sus consultas en las diferentes USS	-Se realiza charlas informativas y charlas educativas según cronograma en los diferentes servicios de la unidad.	-Se realizan a la fecha 20 charlas según cronograma
5	Desarrollar actividades administrativas asignadas relacionadas con servicio al ciudadano	-Realizar encuestas de satisfacción, al usuario y su familia de los diferentes servicios de la unidad.	-Se realizan 75 encuestas de satisfacción de los servicios ambulatorios y complementarios

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	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 brinda información personalizada sobre las necesidades requeridas por los usuarios con el fin de mitigar barreras de acceso. Se registra en el aplicativo SI CUENTANOS dicha información como orientaciones individuales	--Se realiza orientación al ingreso de 250 usuarios en el aplicativo SI CUENTANOS
7	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	-Se realiza verificación de documentos para direccionar los servicios solicitados por los usuarios ya sean trámites de asignación de citas o facturación. Se realiza verificación de Seguridad Social en salud en las bases de datos de DNP, Comprobador de derechos y Adres	-Se realiza filtro de ingreso y se entregan 60 turnos preferenciales
8	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. 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	-Se realiza charlas informativas y charlas educativas según cronograma en los diferentes servicios de la unidad	-Realizar encuestas de satisfacción, al usuario y su familia de los diferentes servicios de la unidad.

© Siasur - 2025

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	$ 2491666
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9491357738	-		
2025	AGOSTO	2025	09	15				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEISPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		FAMISANAR		$ 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	0550477100057306

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA	2025-09-23 15:31:31
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIO JAIR GARZON JARA	2025-09-26 12:02:45
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-09-28 13:26:48

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
JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO