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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MORALES	TORRES	JAZMIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1053818880	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 7 MES JUN AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Caldas

CIUDAD Manizales

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 57 R SUR 73 I 35

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3104228919

EMAIL jazzmynmorales8@gmail.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 BASICA											TITULO BACHILLER MODALIDAD COMERCIAL
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 2008
										X	

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	8	2014	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 6017300000	*FECHA DE INGRESO* DIA 24 MES 4 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	*DEPENDENCIA* gestion del riesgo / politicas publicas		*DIRECCIÓN* cra 24 c # 54 - 47 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS 3013810285	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DIA 7 MES 10 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ENTORNO COMUNITARIO		*DIRECCIÓN* CL 9 39 46

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactanos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6013849160	DIA 3 MES 8 AÑO 2023	DIA 31 MES 1 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
enfermera jefe	reduccion de riesgos y daños	cl 9# 39 - 46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	conveniofdl@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000	DIA 22 MES 8 AÑO 2022	DIA 16 MES 3 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
enfermera profesional	salud sexual y reproductiva - gestantes	cra 24c # 54-47 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correspondencia@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6013813000	DIA 9 MES 6 AÑO 2021	DIA 11 MES 2 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA	FAMILIAR	Calle 66 No. 15-41

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital de Integración Social	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 28 MES 9 AÑO 2020	DIA 27 MES 3 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
11734/2020	SLIS BOSA	CLL 73 SUR # 81B - 10

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital de Integración Social	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3808330	DIA 1 MES 4 AÑO 2019	DIA 28 MES 8 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
3787/2019	SLIS BOSA	CLL 73 SUR 81B 10

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 25 MES 7 AÑO 2018	DIA 24 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
5828/2018	SLIS BOSA	CLL 73 SUR 81B - 10

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 18 MES 1 AÑO 2018	DIA 30 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
5313/2017	SLIS BOSA	CLL 73 SUR 81B - 10

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 27 MES 3 AÑO 2017	DIA 15 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
5313/2017	SLIS BOSA	CLL 73 SUR 81B - 10

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 2 MES 12 AÑO 2016	DIA 10 MES 1 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
13368/2016	SDIS BOSA	CLL 73 SUR # 81B - 10

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 28 MES 3 AÑO 2016	DIA 27 MES 9 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
7439/2016	SDIS BOSA	CLL 73 SUR # 81B - 10

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 14 MES 12 AÑO 2015	DIA 13 MES 2 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
13412/2015	SDIS BOSA	CLL 73 SUR # 81B - 10

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	6	8
Total	6	8

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null

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:**	2026-02-01	**Hasta:**	2026-02-28	
Nombre del Contratista:	JAZMIN MORALES TORRES		**Número de Documento:**	1053818880	
Correo Electrónico:	JAZZMYNMORALEST@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3104228919	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7652-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K25PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	30	22800	$4879200	116.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4879200**	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-03		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-11-14	2026-01-09	1	$ 4195200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 12585600	3

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 4195200
2	NOVIEMBRE	$ 4195200

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	DICIEMBRE	$ 4058400
4	ENERO	$ 4332000
5	FEBRERO	$ 4879200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8390400	**$ 25171200**	**$ 21660000**	**$ 3511200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Participar del espacio sectorial de coordinación de Políticas Públicas como integrante y aportar desde la gestión de las políticas a cargo, Participar en las reuniones de equipo, seguimiento a actividades contractuales, asistencias técnicas convocadas por el referente del proceso transversal, líder operativo o SDS.	-Participé en el espacio sectorial de coordinación de Políticas Públicas, aportando desde la gestión de las políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional y de Familias. Asimismo, hice parte de las reuniones de equipo, realicé seguimiento a las actividades contractuales asignadas y asistí a las asistencias técnicas convocadas por el referente del proceso transversal y la líder operativa de Ciudad Bolívar, así como a aquellas programadas por la Secretaría Distrital de Salud en el marco de la Política SAN y la Política Pública de Familias.	-Actas y listados de asistencia
2	Participar en las sesiones ordinarias o extraordinarias de las instancias a las cuales sea convocado como delegado de Políticas, dando cumplimiento a las agendas y en coherencia con los objetivos de la política a cargo. Para esto se requiere apropiación de los planes de acción, planes operativos de los espacios e instancias, el plan de desarrollo distrital, el plan de desarrollo local, el plan territorial de salud, el documento marco y lineamientos operativos del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar y el portafolio de la oferta sectorial e intersectorial relacionados con las políticas públicas asignadas y las prioridades en el marco del contexto territorial local. Para las políticas que le competan Desarrollar funciones de secretaría técnica en las instancias en las cuales la Subred tiene esta designación, en cumplimiento a la normatividad dispuesta para cada una.	-Asistí a las sesiones ordinarias y extraordinarias de las instancias a las que fui convocada en calidad de delegada de las Políticas Públicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y de Familias, garantizando el cumplimiento de las agendas establecidas y la coherencia con los objetivos estratégicos de cada política. Para ello, realicé la revisión y apropiación de los planes de acción y planes operativos de los diferentes espacios e instancias, así como del Plan de Desarrollo Distrital, el Plan de Desarrollo Local, el Plan Territorial de Salud, el documento marco y los lineamientos operativos del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, además del portafolio de oferta sectorial e intersectorial relacionado con las políticas asignadas y las prioridades definidas según el contexto territorial. De igual manera, desarrollé acciones en el marco de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional, asumiendo las funciones de Secretaría Técnica del Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CLSAN), designación que corresponde a la Subred.	-Actas y listado de asistencia
3	Gestionar acciones con otros actores diferentes al sector; compromisos, jornadas, conmemoraciones, sesiones educativas que den respuesta a las prioridades en salud y situaciones emergentes en el territorio. el numero de actividades se concertará con los líderes locales.	-Impulsé la articulación con actores externos al sector salud, promoviendo compromisos intersectoriales en el marco de la Política Pública de Familias. Asimismo, participé en la planeación de jornadas contempladas en el plan de acción del CLSAN y del COLFA, programadas para su ejecución durante la vigencia 2026. En el presente mes desarrollé acciones en el marco de la jornada previamente organizada denominada “Manos Rojas”, orientada a la prevención del reclutamiento de niñas, niños y adolescentes. En este contexto, llevé a cabo dos sesiones educativas alineadas con las prioridades en salud definidas para el territorio. Durante el periodo reportado no se registraron situaciones emergentes.	-Actas y listados de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Presentar informes de gestión de la política, agenda local o acciones conjuntas en el formato dispuesto por SDS (anexo 1) y en los tiempos concertados por el líder local, con criterios de calidad acordes a lo planteado en los lineamientos técnicos y anexos. Asimismo, Presentar informes técnicos o de gestión que requiera la instancia en los cuales deba aportarse como sector o informes, documentos que se requieran y por solicitud de entes de control (PQRS, oficios, proposiciones) en los tiempos establecidos por la normatividad.	-Presenté los informes de gestión correspondientes a las Políticas Públicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y de Familias, incluyendo la planeación y los avances de la agenda local, así como las acciones conjuntas en salud mental, conforme al formato establecido por la Secretaría Distrital de Salud (Anexo 1). Estos reportes incorporaron coberturas, cronograma mensual actualizado y fueron entregados dentro de los tiempos concertados con el líder local de Ciudad Bolívar, cumpliendo con los criterios de calidad definidos en los lineamientos técnicos y sus anexos. De igual manera, elaboré y remití los informes técnicos y de gestión requeridos por la instancia del CLSAN, así como la documentación solicitada por los entes de control, garantizando su presentación oportuna conforme a la normatividad vigente.	-Bases. anexo 1, actas y listados de asistencias
5	Reconocer y apropiar la ficha técnica de prescripción social y activación de rutas y Realizar la actualización de los activos institucionales (portafolio intersectorial) en el drive dispuesto por el equipo de prescripción y activación de rutas.	-Realicé la revisión y apropiación de la ficha técnica de prescripción social y activación de rutas, fortaleciendo mi conocimiento para su adecuada implementación en el territorio. Asimismo, actualicé los activos institucionales, incluido el portafolio intersectorial, en el drive dispuesto por el equipo responsable del proceso de prescripción y activación de rutas. De igual manera, participé en la asistencia técnica sobre prescripción social, gestionada por la líder operativa de Ciudad Bolívar, con el fin de fortalecer las capacidades técnicas y operativas en esta materia.	-Actas y listado de asistencia
6	Gestionar y establecer mecanismos de coordinación intersectorial para la gestión, respuesta y seguimiento a las prescripciones institucionales ingresadas en el aplicativo SIRC y sus respectivos seguimientos, en los tiempos establecidos para ello, de acuerdo con la Ficha Técnica de prescripción social y activación de rutas y tener en cuenta las canalizaciones que se prioricen, así como los tiempos establecidos para esta gestión de acuerdo con la priorización. Así como generar las activaciones de ruta a la oferta sectorial con los criterios de la ficha técnica de prescripción social y activación de rutas.	-Promoví y consolidé mecanismos de articulación intersectorial para garantizar la gestión, respuesta y seguimiento oportuno de las prescripciones institucionales registradas en el aplicativo SIRC, conforme a los tiempos definidos en la Ficha Técnica de Prescripción Social y Activación de Rutas. En este proceso, consideré las canalizaciones priorizadas y los plazos establecidos según el nivel de priorización. Asimismo, realicé tres activaciones de ruta hacia la oferta intersectorial, cumpliendo con los criterios y lineamientos definidos en la Ficha Técnica de Prescripción Social y Activación de Rutas.	-Correos Electronicos, anexo 10 y SIRC
7	Realizar sesiones educativas según se demande de manera directa la intersectoriales que lo requieran o indirecta desde los equipos que realizan acciones de bienestar en el territorio y/o que aporten a los procesos de participación social propios de la política, con el fin de fortalecer la incidencia en las decisiones públicas que se relacionan con los problemas demandados por cada política y las situaciones o condiciones de salud y calidad de vida de los territorios.	-Desarrollé dos sesiones educativas en respuesta a demandas identificadas de manera indirecta por los equipos que implementan acciones de bienestar en el territorio y que contribuyen a los procesos de participación social en el marco de las Políticas Públicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y de Familias. Estas acciones estuvieron orientadas a fortalecer la incidencia en la toma de decisiones públicas relacionadas con las problemáticas priorizadas por cada política, así como con las condiciones de salud y calidad de vida presentes en el territorio.	-Evidencias fotograficas, actas y listados de asistencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Presentar preauditoria de soportes o medios de verificación de las actividades en el marco de las acciones del marco del convenio GSP-PSPIC y Entregar soportes o medios de verificación con la gestión documental con criterios de oportunidad, calidad y veracidad acorde a los lineamientos técnicos de la SDS y los cuales fueron registrados en el anexo. Es indispensable que, los soportes den cuenta del cumplimiento de la totalidad de las obligaciones contractuales, evitando la duplicidad de soportes en más de 2 actividades propias del anexo	-Presenté la preauditoría de soportes y medios de verificación correspondientes a las actividades desarrolladas en el marco del convenio GSP-PSPIC durante el mes de enero. Asimismo, entregué la documentación requerida como parte de la gestión documental, garantizando criterios de oportunidad, calidad y veracidad conforme a los lineamientos técnicos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud. Dichos soportes fueron debidamente registrados en el Anexo 1.	-Acta y gestion documental

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	$ 4332000
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	35991217	-		
2026	**ENERO**	**2026**	**02**	**11**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1750905	$ 280145	**$ 280200**
Salud		COMPENSAR		$ 218863	**$ 218900**
ARL	3	SURA		$ 42652	**$ 42700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 541800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488452737395

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JAZMIN MORALES TORRES	2026-02-22 12:32:23
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2026-02-24 09:56:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-02-26 10:29:01
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-03-11 14:28:34

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MORALES TORRES JAZMIN
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053818880
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-18
FECHA DE PAGO:	2026-03-11
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	36350718
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36350718
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.678.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.100	$ 10.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 551.900	$ 551.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/04/2026