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:	LEIDY LORENA JIMENEZ CAICEDO		**Número de Documento:**	1013608080	
Correo Electrónico:	lore.jimenez.caicedo@gmail.com		**Número Telefónico:**	3138849007	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7643-2025	**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	0	22800	$4195200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4195200**	**CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-02		**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	$ 4195200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8390400	**$ 25171200**	**$ 20976000**	**$ 4195200**

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.	- Asistencia técnica SDS ; Articulación GIPESB; Articulación ; Articulación centro de escucha contra las formas extremas de exclusión , conectando con el bienestar, Asistencia técnica 02 de ferbero, asistencia técnica resolución de conflictos , At politica FHCy 1 espacio de coordinación sectorial para el cumplimiento de las asistencias técnica. mesa de cronicos., espacio sectorial	--Acta y listado Acta y listado Acta y listado Acta y listadoActa y listado Acta y listado Acta y listado Acta y listado, Acta y listado
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.	--PP SALUD MENTAL Consejo red de buen Trato PP SPA Mesa de coordinación SPA PP CHC . Comité de fenómeno de habitabilidad en calle	-Acta y listado de asistencia -Acta y listado de asistencia -Acta 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.	-Jornada Salud Mental,Jornada Autocuidado Local,Jornada Autocuidado Distrital,Jornada Manos Rojas,Actividad prevención Fenómeno de Habitabilidad en Calle, Articulación DILE, Articulación SLIS. Mesa de trabajo CRBT, mesa de entornos escolares, mesa PETIA-colia, mesa docentes, articulación delegada pp salud ambiental y proteccionistas.	--Acta y listado -Acta y listado -Acta y listado -Acta y listado -Acta y listado-Acta y listado -Acta y listado -Acta y listado -Acta y listado

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.	--Anexo 1. Políticas de Salud Mental, Ciudadano habitante de calle, SPA. d - Desarrollo informe trimestral Aporte informe de junta Diligenciamiento matriz de coberturas	--Acta y listado Documento Acta y listado de asistencia
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.	-Actualización portafolio intersectorial	--Pantallazo envío correo
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.	-Gestión de 1 canalización pp salud mental --Gestión traslados de subred a ciudadanos habitantes de calle, gestion dos citas médica para ciudadnao habitante de calle, mesa de seguimiento a casos	-Anexo 10, pantallazo correo, pantallazo correo,pantallazo correo, acta y listado
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.	-Sesión educativa Mesa de Estudiantes, prevención de SPA, Sesión educativa Mesa de Padres en salud mental para la pp de adultez, sesión educativa salud oral gestantes;Articulación GIPEB diseño de metodología.	-Acta y listado,-Acta y listado,-Acta y listado,-Acta y listado,-Acta y listado,-Acta y listado
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	--Se realiza preauditoria mes de Enero 2026	-Acta y listado

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**	50525174	-		
2026	**ENERO**	**2026**	**02**	**16**				

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	PROTECCIÓN	$ 1750905	$ 280145	**$ 280200**
Salud		FAMISANAR		$ 218863	**$ 218900**
ARL	3	SURA		$ 42652	**$ 42700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 541800**

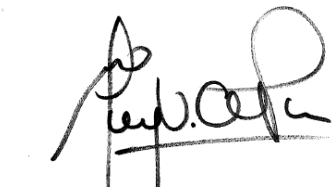
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	261106306

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY LORENA JIMENEZ CAICEDO	2026-02-23 19:54:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2026-02-24 09:30:55
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-02-24 15:43:55
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 13:12:39

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

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
JIMENEZ	CAICEDO	LEIDY LORENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1013608080	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 10 MES OCT AÑO 1989	
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO Bogotá D.C.	CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO
CIUDAD Bogotá D.C.	EMAIL lorenajimenez1481@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
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2005
										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	10	X		PSICOLOGIA	3	2011	120795

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

Firma electronica validador: null

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* certificaciones.ops@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 7300000	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 4 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Psicóloga	*DEPENDENCIA* salud pública		*DIRECCIÓN* kr 24 c No 53- 47 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DEL BIENESTAR FAMILIAR	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencionalciudadano@icbf.gov.co
TELÉFONOS 4377630	*FECHA DE INGRESO* DIA 11 MES 4 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO PSICÓLOGA	*DEPENDENCIA* REGIONAL BOGOTA		*DIRECCIÓN* Carrera 50 # 26 - 51

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*
ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	apdcolombia09@yahoo.es

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7741739	DIA 20 MES 2 AÑO 2018	DIA 22 MES 10 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PSICOLOGIA	PSICOLOGIA	CLL 57 SUR NO 104-22

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORPORACIÓN NODOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	mariuardila@yahoo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2559992	DIA 12 MES 9 AÑO 2016	DIA 28 MES 2 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PSICOLOGA	PSICOLOGIA	KRA 7 NO 56-61 OFC 210

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital de Usme	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7660666	DIA 1 MES 11 AÑO 2014	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PSICOLOGA	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Calle 137 B Sur N. 2 A -6 B Usme

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*
Hospital Vista Hermosa	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
73000000	DIA 1 MES 4 AÑO 2014	DIA 31 MES 8 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	SALUD PUBLICA	Calle 67A Sur # 18C-12 Bogotá

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COTECOL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ghopan@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3157245	DIA 2 MES 5 AÑO 2013	DIA 31 MES 1 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PSICOLOGA	PSICOLOGIA	Calle 15 # 2 -55 Sector el Hato

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Terciarios Capuchinos OPAN7 NP		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ghopan@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3157245	DIA 26 MES 4 AÑO 2011	DIA 31 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PSICOLOGA	PSICOLOGIA	Carrera 97b No. 20b - 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

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	3	6
Pública	9	1
Total	12	8

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