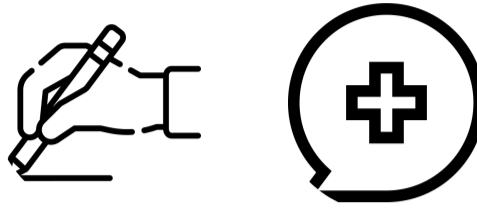


# VER INFORME DE ACTIVIDAD

[Inicio](#) / [Contratacion](#) / [Informe Actividades](#) / Ver Informe de Actividad



[Regresar](#)



DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-04-01	Hasta:	2026-04-30			
Nombre del Contratista:	KAREN LIZETH GOMEZ CUITIVA			Número de Documento:	1013671899		
Correo Electrónico:	ndkarengomez@gmail.com			Número telefónico:	3143692566		
Nombre del supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado:	243-20		
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	7512-2025	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	Rubro Presupuestal	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	21	22800	4674000	111.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	4674000	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-02		Fecha de Terminación Inicial del Contrato		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	
3	2026-03-02	2026-04-30	3	4195200		448	
4	2026-04-15	2026-05-31	4	4674000		803	
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar			
1	OCTUBRE			4195200			
2	NOVIEMBRE			4195200			
3	DICIEMBRE			4058400			
4	ENERO			4332000			
5	FEBRERO			4195200			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
6	MARZO	4195200
7	ABRIL	4674000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
8390400	34040400	29845200	4195200

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Realizar investigaciones epidemiológicas de campo (iec) de eventos de interés en salud pública.	A la fecha se han realizado 12 visitas y se proyecta la realización de 18 visitas , para un total de 30 caracterización a Gestantes de las localidad Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar en el mes de Abril	Ficha de caracterización en aplicativo Epiinfo, listado de firmas, familiograma y recomendaciones nutricionales. Se an evidencias de los productos desarrollados y proyectados para el mes
2 Registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	Se realiza diligenciamiento de la ficha de caracterización de gestantes	ficha de caracterización aplicativo Epiinfo
3 Identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad.	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
4 Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad.	Se realiza 1 canalizacion a usuario con barreras de acciones al servicio en salud o personas que requieren apoyo de programas sociales	Formato de canalizaciones, correo electronico, drive canalizaciones Se anexa enlace a evidencias de los productos de proyectados para el mes

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato y productos a la	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
6	Realizar cruces de información para la verificación de los eventos abordados en la IEC de cada variable.	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
7	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Se asistió a la reunión de equipo SISVAN el día 15-04-2026	Actas y listado de asistencia.
8	Realizar acompañamiento técnico de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras UI y UPGD	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
9	Realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
10	Realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	Se proyecta realizar el 100% de seguimientos telefónicos a menores de cinco años notificados al evento 113, y 25 seguimientos telefónicos a menores de cinco años con riesgo de desnutrición aguda	Depuración de base de seguimientos y acta

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	Se realiza asistencia al fortalecimiento programada en secretaria de salud el día 16-04-2026 y se proyecta asistir a la ULC programada el 24-04-2026	Actas y listados de asistencias. Los soportes que avalan estas actividades están en proceso de envío por parte de la salud
12	Participar de las actividades asignadas por la GSP-PSPIC	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado	No se desarrolla esta actividad en el periodo certificado
13	Hacer uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaria distrital de salud	Se realiza uso adecuado de los equipos antropométricos asignados para las caracterizaciones	Se realiza uso adecuado de los equipos antropométricos asignados para las caracterizaciones
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se desarrollan todas las actividades propuestas para el mes de Abril	Familiogramas, actas, bases, y formato de canalizaciones: <a href="https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/sisvan_sur_subredsur_gov_co/lgBNRgKGEwwNR7qIO4WtrltyAduXNeHXyzlGwyl?e=uC1Z8T">https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/sisvan_sur_subredsur_gov_co/lgBNRgKGEwwNR7qIO4WtrltyAduXNeHXyzlGwyl?e=uC1Z8T</a>

**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	4195200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	MARZO	2026	04	13	6012476388	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS 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	1750905	280145	400000
Salud					ALIANSALUD		218863	312500
ARL		3			SURA		42652	60900
Caja de Compensación		NO				<b>Total</b>	<b>541660</b>	<b>773400</b>
Tipo de pago					MES VENCIDO	1776657073 - Planilla Seguridad Social - 1013671899		

**INFORMACIÓN DE PAGO**

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24133836491
------------------	-------------------------------	----------------	---------	------------------	-------------



DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013671899
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN LIZETH GOMEZ CUITIVA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 1 NO.39-19	TELÉFONO:	2034776
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>6007007736</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	154152347

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 400.000
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 400.000</b>

SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSA S.A			1	\$ 312.500
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 312.500</b>

CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600135703	CCF21	CCF21-CAFAM			1	\$ 50.000
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 50.000</b>

RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 60.900
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 60.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 823.400</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 823.400</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013671899
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN LIZETH GOMEZ CUITIVA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 1 NO.39-19	TELÉFONO:	2034776
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>6012476388</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	219135624

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 400.000
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 400.000</b>

SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSA S.A			1	\$ 312.500
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 312.500</b>

CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600135703	CCF21	CCF21-CAFAM			1	\$ 50.000
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 50.000</b>

RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 60.900
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 60.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 823.400</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 823.400</b>

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](#)

**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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	DOC-CTO-7512-2025.zip	DOC-CTO-7512-2025.zip	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Informe de Actividades Número 342976_Septiembre.pdf	Informe de Actividades Número 342976_Septiembre.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Informe de Actividades Número 347415_OCTUBRE.pdf	Informe de Actividades Número 347415_OCTUBRE.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	INFORME NOVIEMBRE CTO_7512_2025.pdf	INFORME NOVIEMBRE CTO_7512_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	INFORME DICIEMBRE CTO_7512_2025.pdf	INFORME DICIEMBRE CTO_7512_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	INFORME ENERO CTO_7512_2025.pdf	INFORME ENERO CTO_7512_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 7512 2025.pdf	PS 7512 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	AD 2 PS 7512 2025.pdf	AD 2 PS 7512 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	HOJA DE VIDA KAREN GOMEZ.zip	HOJA DE VIDA KAREN GOMEZ.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	INFORME FEBRERO CTO_7512_2025.pdf	INFORME FEBRERO CTO_7512_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	INFORME MARZO CTO-7512-2025.pdf (Archivado)	INFORME MARZO CTO-7512-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA MARZO CTO 7512-2025.pdf	CUENTA MARZO CTO 7512-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013671899
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN LIZETH GOMEZ CUITIVA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 1 NO.39-19	TELÉFONO:	2034776
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>6012476388</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	219135624

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 400.000
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 400.000</b>

SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSA S.A			1	\$ 312.500
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 312.500</b>

CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600135703	CCF21	CCF21-CAFAM			1	\$ 50.000
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 50.000</b>

RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 60.900
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 60.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 823.400</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 823.400</b>



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"/> DOC-CTO-7512-2025.zip	DOC-CTO-7512-2025.zip	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 7512 2025.pdf	PS 7512 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> AD 2 PS 7512 2025.pdf	AD 2 PS 7512 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA KAREN GOMEZ.zip	HOJA DE VIDA KAREN GOMEZ.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> INFORME FEBRERO CTO_7512_2025.pdf	INFORME FEBRERO CTO_7512_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> INFORME MARZO CTO-7512-2025.pdf (Archivado)	INFORME MARZO CTO-7512-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO CTO 7512-2025.pdf	CUENTA MARZO CTO 7512-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Informe de Actividades Número 342976_Septiembre.pdf	Informe de Actividades Número 342976_Septiembre.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Informe de Actividades Número 347415_OCTUBRE.pdf	Informe de Actividades Número 347415_OCTUBRE.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> INFORME NOVIEMBRE CTO_7512_2025.pdf	INFORME NOVIEMBRE CTO_7512_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> INFORME DICIEMBRE CTO_7512_2025.pdf	INFORME DICIEMBRE CTO_7512_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> INFORME ENERO CTO_7512_2025.pdf	INFORME ENERO CTO_7512_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL CTO 7512- 2025.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7512- 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



BOGOTÁ

**PIMS** PLAN INTEGRAL DE  
MOVILIDAD SOSTENIBLE

# Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.  
¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios