

|                                                                                   |                                                   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |

| DATOS DEL INFORME       |                                   |                      |                                                |               |      |
|-------------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|---------------|------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                            | 2026-05-01           | Hasta:                                         | 2026-05-31    |      |
| Nombre del Contratista: | GLORIA ESPERANZA BERNATE PANIAGUA | Número de Documento: |                                                | 51897826      |      |
| Correo Electrónico:     | dragebp@hotmail.com               |                      | Número Telefónico:                             | 3203005930    |      |
| Nombre del Supervisor:  | REYES MURILLO HIGUERA             | Cargo:               | SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | Código Grado: | - AG |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                     |               |      |                       |     |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                  | 1946-2026                           | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 295 |
| Perfil:                        | MÉDICO GENERAL                      |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:           | USS MANUELA BELTRÁN                 |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                     |                                                                       |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                                                | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| A10VJN                       | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS MANUELA BELTRÁN                                                   | 61           | 0                        | 35172      | \$2145492 | 65.6%                          |
| A37VJN                       | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS MANUELA BELTRÁN                                                   | 32           | 0                        | 35172      | \$1125504 | 34.4%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3270996                          | TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2026-02-02          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | FEBRERO             | \$ 3306168                                |            |
| 2                                   | MARZO               | \$ 3024792                                |            |
| 3                                   | ABRIL               | \$ 2251008                                |            |
| 4                                   | MAYO                | \$ 3270996                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PAGOS REALIZADOS                                                                                                                                    | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 16354980                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 16354980                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 11852964                                                                                                                                         | \$ 4502016         |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                |                    |
| 1                                                       | Desarrollar servicios profesionales de medico general, aplicando su conocimiento técnico y criterio clínico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y a la normativa vigente, de acuerdo a las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E                                                                                                                                     | -Brindar atención oportuna y de calidad al paciente y su familia en la consulta médica resolutive y de P y D programada por la institución, teniendo en cuenta el cumplimiento de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur. Brindar atención oportuna y de calidad al paciente y su familia en la consulta médica resolutive y de P y D programada por la institución, teniendo en cuenta el cumplimiento de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur | -Historia Clínica, RIPS, Seguimiento a Metas, Informe Diario de actividades y Auditoria                                                             |                    |
| 2                                                       | Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas a usuarios, familias y comunidad, conforme a los lineamientos técnicos y normativos vigentes.                                                                                                                                                                                                          | -Realizar la demanda inducida a la atención médica de acuerdo a las rutas de atención en salud de acuerdo con el modelo de atención integral en salud, seguimiento a casos, remisión y contra remisión durante la consulta externa, resolutive y de Py D                                                                                                                                                                                                        | -Historia Clínica, Planilla de Demanda Inducida, Sisban, Sisgesta, Siscron y Auditoria                                                              |                    |
| 3                                                       | Registrar de manera oportuna y adecuada la información derivada de los actos médicos realizados, en la historia clínica institucional, garantizando que dicha información sea veraz, clara, legible, secuencial y completa, conforme a los criterios establecidos en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.                                                                                                                             | -Realizar atención médica de acuerdo a protocolos y guías de manejo establecidas por la Subred Sur, dando estricto cumplimiento al manual de bioseguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | --Historia Clínica, seguridad del paciente y Auditoria                                                                                              |                    |
| 4                                                       | Participar en la elaboración, actualización y/o ajuste de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con la atención médica, así como aplicar los mismos en el desarrollo de las actividades contratadas, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el registro de estadísticas vitales y el uso de herramientas del Sistema de Salud como MIPRES, cuando a ello haya lugar, observando las normas universales de bioseguridad, ética y seguridad del paciente. | -Información al paciente y familiar acerca de los trámites administrativos y lineamientos dados por su EPS y las autoridades en salud sobre casos de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria                                                                                                                                                                                                                                                       | -Historia Clínica y Soporte de notificación de Casos y Registro de SR e IRA para la carpeta de sigviga del CAPS                                     |                    |
| 5                                                       | Contribuir a la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de usuarios hacia las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como al suministro y consolidación de información necesaria para la trazabilidad y seguimiento de indicadores asociados a los procesos asistenciales.                                                                                                                                                                        | -Diligenciamiento completo, oportuno legible y veraz de certificados médicos, órdenes y fórmulas médicas, remisiones que se deben entregar al paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -Encuestas de percepción de la satisfacción de los usuarios en los servicios prestados, la cual es realizada por el auxiliar de atención al usuario |                    |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                          | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6                                                              | Integrar su actuación profesional a las dinámicas asistenciales de la Entidad, con el propósito de favorecer el manejo integral del usuario, conforme a la normatividad legal vigente, sin que ello implique subordinación laboral ni dependencia jerárquica.                                        | -Diligenciar la Historia Clínica de consulta externa resolutive y de P y D en Dinámica Gerencial o en datos físicos por la Institución                                     | -Auditoria trimestral según programación para el mejoramiento continuo y el % de calificación |
| 7                                                              | Realizar valoraciones clínicas, emitir diagnósticos y definir planes de tratamiento médico, acordes con la condición clínica del usuario, efectuando el seguimiento correspondiente cuando aplique, hasta su egreso y/o control ambulatorio, dentro del marco de su autonomía técnica y profesional. | -Diligenciamiento de los formatos requeridos en todos los procesos asociados con la atención para multas en el proceso de facturación.                                     | -Historia Clínica, registros institucionales y auditorios.                                    |
| 8                                                              | Brindar información clara y oportuna a los familiares, acudientes o responsables del usuario, relacionada con la evolución, riesgos y posibles complicaciones del proceso de atención médica, en concordancia con las disposiciones legales, éticas y de confidencialidad aplicables.                | -Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. | -Historia clínica                                                                             |
| 9                                                              | Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, relacionadas con la atención médica, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al fortalecimiento de los procesos misionales de la Entidad                                                                | -Asistir a reuniones programadas                                                                                                                                           | -Lista de asistencia, encuestas                                                               |

| 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 |                | \$ 2251008 |
| AÑO                                                                                                                                    | MES                   | AÑO           | MES | DÍA | 79346907                                             | -                          |                                                  |                |            |
| 2026                                                                                                                                   | ABRIL                 | 2026          | 05  | 08  |                                                      |                            |                                                  |                |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                       |               |     |     | DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOPESOS |                            |                                                  |                |            |
| 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                                        | \$ 560000      |            |
| Salud                                                                                                                                  |                       |               |     |     | EPS SÁNTITAS                                         |                            | \$ 218863                                        | \$ 437500      |            |
| ARL                                                                                                                                    |                       |               |     | 3   | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.                  |                            | \$ 42652                                         | \$ 85300       |            |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                       |               |     | NO  |                                                      | Total                      | \$ 508148                                        | \$ 1082800     |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                       |               |     |     |                                                      |                            |                                                  |                |            |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     |     | Tipo de Cuenta                                       | AHORROS                    | Número de Cuenta                                 | 4200130369     |            |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                       |               |     |     |                                                      |                            |                                                  |                |            |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                       |               |     |     | USUARIO                                              |                            | FECHA                                            |                |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                       |               |     |     | GLORIA ESPERANZA BERNATE PANIAGUA                    |                            | 2026-05-21 11:53:39                              |                |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                       |               |     |     | REYES MURILLO HIGUERA                                |                            | 2026-05-21 12:09:57                              |                |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                       |               |     |     | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                       |                            | 2026-05-25 14:44:49                              |                |            |
| 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                       |                            | 2026-06-11 17:53:38                              |                |            |

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.



**REYES MURILLO HIGUERA**  
**SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |               |              |                     |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------|--------------|---------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  | DIRECCIÓN     | TELÉFONO     | CORREO              | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 51897826          | GLORIA ESPERANZA BERNATE PANIAGUA | cra 75 63f-56 | 2919369      | dragebp@hotmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO        | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO  |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                   |               | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.        |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 79346907        | 08/05/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                            | I               | \$0                       | \$1.082.800        |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 437.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 437.500       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 560.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 560.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 85.300                 |                  |       |                        | 85.300                | 0         | 0                     | 85.300              |                            |                     | 853               | 85.300        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 437.500                             | 437.500       |
| Pensión                | 1                              | 560.000                             | 560.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 85.300                              | 85.300        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 1.082.800                           | 1.082.800     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |        |               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 51897826          | GLORIA ESPERANZA BERNATE PANIAGUA |        | cra 75 63f-56 | 2919369            | dragebp@hotmail.com                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO | DEPARTAMENTO  | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                   |        | BOGOTÁ D. C.  | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                   |        |               |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                   |        |               |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 79346907        | 08/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$0                      | \$1.082.800        |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                                   |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |            |          | SALUD     |      |            |                     | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 |          | CCF       |      |                        |          | PARAFISCALES |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|--------------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres               | Cotizante | Salud po | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAF | TAP | UPP | VGP | VST | SEN | ICE     | LVA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC 51897826                     | BERNATE PANIAGUA GLORIA ESPERANZA | 59        | 0        |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |            | 25-14    | 3.500.000 | 30   | 560.000    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 3.500.000 | 30   | 437.500                | 14-11    | 3.500.000    | 30   | 3               | 85.300     |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

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

 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"/> | CTO 1946-2026 FEBRERO.pdf   | CTO 1946-2026 FEBRERO.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Diploma y acta de grado.pdf | 3. Diploma y acta de grado.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | Hoja de vida SIDEAP.pdf     | Hoja de vida SIDEAP.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 1946-2026 MARZO.pdf     | CTO 1946-2026 MARZO.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTO 1946-2026 ABRIL.pdf     | CTO 1946-2026 ABRIL.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



DEPARTAMENTO  
ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO  
CIVIL DISTRITAL



Iniciar Sesión

## Percepción de clima laboral/ambiente organizacional (servidores sin personal a cargo)

**MEDICIÓN DISTRITAL de CLIMA LABORAL Y AMBIENTE ORGANIZACIONAL 2026**

Con tu participación podemos identificar fortalezas y oportunidades de mejora en cada entidad, además los resultados orientarán decisiones para fortalecer el bienestar, la motivación y la confianza organizacional.

Confidencial, virtual y toma solo 15 a 20 minutos.

DEL 2 DE MARZO AL 29 DE MAYO **DETALLES AQUÍ** >

Este enlace está dirigido a servidoras y servidores públicos sin personal a cargo y corresponde a la medición distrital de clima laboral y ambiente organizacional 2026, un ejercicio institucional que permite conocer la percepción sobre las condiciones de trabajo, las relaciones laborales, la comunicación, el liderazgo y el entorno organizacional. La información recolectada es confidencial, se analiza de manera agregada y constituye un insumo fundamental para la formulación e implementación de acciones de mejora orientadas al bienestar, la calidad de vida laboral y el fortalecimiento de la gestión pública en las entidades del Distrito Capital, en el marco de la Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano.

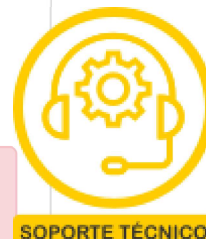
### Fecha inicio medición:

2026-02-27 07:00:00

### Fecha fin medición:

2026-05-31 23:59:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento (**2026-05-01 17:05:38**), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.



SOPORTE TÉCNICO



DEPARTAMENTO  
ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO  
CIVIL DISTRITAL



**Dirección:** Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia

**Teléfono:** (+57) 601 3680038

**E-mail:** bienestar@serviciocivil.gov.co

