

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-07-01	Hasta:	2026-07-31	
Nombre Contratista:	del	SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES		Número de Documento:	57438555
Correo Electrónico:	samanta.rivas.r@gmail.com		Número Telefónico:	3165661921	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2285-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	296
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	180	0	40000	\$7200000	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 7200000	SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-06-09	2026-08-31	1	\$ 15360000	1196
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 6720000	
2		MARZO		\$ 7200000	
3		ABRIL		\$ 7200000	
4		MAYO		\$ 7680000	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal. 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	JUNIO	\$ 5280000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 37200000	\$ 52560000	\$ 34080000	\$ 18480000
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Desarrollar servicios profesionales de medicina general, aplicando su conocimiento técnico y criterio clínico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E.	-Preste mis servicios como médico general en los servicios de urgencias., de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	-Historia Clinica
2	2. Ejecutar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado a nivel individual, familiar y comunitario, en el marco de su ejercicio profesional.	- realice atención al paciente mediante consulta médica o atención de urgencias informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar .	-Historia Clinica
3	3. Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información derivada del acto médico en la historia clínica, garantizando claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	-Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes.	-Historia Clinica
4	4. Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos clínicos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	- realice la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes, con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	-Historia Clinica
5	5. Contribuir desde su ejercicio profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales.	-Informe mediante atención al paciente el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.	-Historia Clinica
6	6. Coordinar actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando el manejo integral del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	- realice la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente.	-Historia Clinica

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR E.S.E., incluyendo su egreso, remisión y/o seguimiento ambulatorio, conforme a su criterio médico.	-Realice atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria.	-Historia Clínica
8	8. Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al paciente, familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al manejo instaurado.	-Informe de acuerdo al estado de salud del paciente a familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente.	-Historia Clínica
9	9. Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., manteniendo en todo momento su autonomía técnica y científica.	-Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato.	-Historia Clínica

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	\$ 5280000	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9506933599	-			
2026	JUNIO	2026	07	21					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 2112000	\$ 337920	\$ 494200
Salud						EPS SÁNTITAS		\$ 264000	\$ 386000
ARL					3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		\$ 51448	\$ 75300
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 612945	\$ 955500

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570001970147797

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES	2026-07-27 08:58:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2026-07-29 19:45:21
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-07-31 21:47:27

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 57438555		RIVAS HINCONES SAMANTA STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 19a No 107-41 apto 205	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7975641	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora
2026-06	2026-06	497754169	950693399	I	2026/07/14	2026/07/21	BANCO DAYMENDA	7
								\$955,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,072,000	\$491,600			\$3,072,000	\$384,000			\$0	\$0			\$3,072,000	\$74,900		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,072,000	\$491,600			\$3,072,000	\$384,000			\$0	\$0			\$3,072,000	\$74,900		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$3,072,000	\$491,600			\$3,072,000	\$384,000			\$0	\$0			\$3,072,000	\$74,900		\$0	\$0		
1	CC 57438555	RIVAS SAMANTA	230381	30	\$3,072,000	\$491,600	EP5005	30	\$3,072,000	\$384,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$3,072,000	\$74,900	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$3,072,000	\$491,600			\$3,072,000	\$384,000			\$0	\$0			\$3,072,000	\$74,900		\$0	\$0		



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF		
CC 57438555		RIVAS RINCONES SAMANTA STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 19a No 107-41 apto 205	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7975641	No		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-06	2026-06	497754169		9506933599	I	2026/07/14	2026/07/21	BANCO DAVIVIENDA	7	\$955,500
RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$491,600	\$2,600	\$0	\$494,200		
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$491,600	\$2,600	\$0	\$494,200		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$74,900	\$400	\$0	\$75,300		
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$74,900	\$400	\$0	\$75,300		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$384,000	\$2,000	\$0	\$386,000		
SANTITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$384,000	\$2,000	\$0	\$386,000		
TOTAL				1	\$950,500	\$5,000	\$0	\$955,500		



Datos guardados

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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ SI ☒ 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
☐	PS 2285 2026.pdf	PS 2285 2026.pdf	Comprador Detalle
☐	CUENTA ABRIL - CTO N. 2285 - 2026.pdf	CUENTA ABRIL - CTO N. 2285 - 2026.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA MAYO - CTO N. 2285 - 2026.pdf	CUENTA MAYO - CTO N. 2285 - 2026.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA FEBRERO - CTO N. 2285 - 2026.pdf	CUENTA FEBRERO - CTO N. 2285 - 2026.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA MARZO - CTO N. 2285 - 2026.pdf	CUENTA MARZO - CTO N. 2285 - 2026.pdf	Proveedor Detalle
☐	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor Detalle
☐	DIPLOMA MEDICO.pdf	DIPLOMA MEDICO.pdf	Proveedor Detalle
☐	ACTA GRADO MEDICO.pdf	ACTA GRADO MEDICO.pdf	Proveedor Detalle
☐	CUENTA JUNIO - CTO N. 2285 - 2026.pdf	CUENTA JUNIO - CTO N. 2285 - 2026.pdf	Proveedor Detalle

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >



El futuro
es de todos

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



Última Actualización: 27-Jul-2026

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 57438555 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección KR 19 A 107 41 Teléfonos 3165661921 3165661921

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
PABLO JOSE RIVAS MIER	4977229	Padre
MELVA ESTHER RINCONES DE RIVAS	41498382	Madre
JULIANA ROSERO RIVAS	1004461643	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0.00
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	\$ 0.00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0.00
ARRIENDOS	\$ 0.00
HONORARIOS	\$ 100.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0.00
TOTAL	\$ 100.000.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	001970147797	BOGOTÁ	\$ 2.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RIVAS		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RINCONES		NOMBRES SAMANTA STELLA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 57438555		SEXO F ☐ M ☒		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR		PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NUMERO D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO					
FECHA DÍA 30 MES SEP AÑO 1973		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 19 A 107 41			
PAÍS Colombia		PAÍS Colombia		DEPTO. Bogotá D.C.	
DEPTO Bogotá D.C.		CIUDAD Bogotá D.C.		TELEFONO 3165661921	
CIUDAD Bogotá D.C.		EMAIL santo32@hotmail.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 BÁSICA										TÍTULO	
PRIMARIA		SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			BACHILLER COMERCIAL	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	AÑO
											1990

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico. En Modalidad Academia Escriba.

TC (Técnica), TL (Tecnológica), TE (Tecnológica Especializada), UN (Universitaria), ES (Especialización), MG (Maestría o Magister), DC (Doctorado o PhD),
Relacione al frente el número de la Tarjeta Profesional (si esta ha sido prevista en una ley)

MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	Nº. DE TARJETA PROFESIONAL AÑO
Universitaria	12	X	MEDICINA	7	1999 01152001

OTROS ESTUDIOS
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico.

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	SAMANTA STELLA RIVAS RINCONES
Identificación:	57438555
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	santo32@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	27/07/2026 04:53:54

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento: