Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA PEÑA SOLER								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	33375906			
CORREO ELECTRONICO:	DIANITAPESOL@GMAIL.COM				CELULAR:	3045451025			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10J02	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550455000160024						PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3441			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	504	FECHA	2025-02-26 16:04:20.000	NÚMERO DE CRP	17800	FECHA	2025-03-03 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- EN CUIDADO INTENSIVO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-03-03		2025-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,686,912				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$52,727,760
VALOR EJECUTADO	$4,686,912
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,686,912
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$48,040,848
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	9%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
PRIMER PAGO	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
Supervisor

Copia Certificada Subred Suroccidente

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapeutica de acuerdo con cada paciente registrandose en la historia clinica del aplicativo institucional.	Se alimenta la informacion en la historia clinica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	Estudios estadisticos y consolidado de informacion para optimizar el recurso de la institucióndad
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos eticos, morales, juridicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cavalidad la mision institucional	no aplica
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.	no aplica

Copia Certificada Subred Sur Occidente

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
eb68cf744f437ecc204224e95248f07cd4d6f83f202f4deda36ab009e83276dcdea3aa198711fff2b93c84d2228f3a59

Número de Factura: FE-77
Fecha de Emisión: 21/03/2025
Fecha de Vencimiento: 21/03/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PEÑA SOLER DIANA CAROLINA
Nombre Comercial: PEÑA SOLER DIANA CAROLINA
Nit del Emisor: 33375906
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 55 58 55 TO 77 IN 4 AP 402
Teléfono / Móvil: 3045451025
Correo: dianitapesol@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Cl 9 # 39-46
Teléfono / Móvil: 4546800
Correo: gerencia@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1		HONORARIOS CORRESPONDIENTES AL MES DE MARZO 2025	NIU	48,00	$ 97.644,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.686.912,00

Notas Finales

Linea de negocio: Honorarios Del 01 AL 31 de MARZO 48 horas.

Datos Totales

Documento generado el:
21/03/2025 19:42:26
Documento validado por la DIAN:
21/03/2025 19:42:27
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	4686912
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4686912
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	4686912
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 4686912

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	4.686.912,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4.686.912,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	4.686.912,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 4.686.912,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764089976868 Rango desde: 76 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-09-05

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PLAN PADRINO INSTITUCIONAL (ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS) - DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	Versión:	4	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	4/06/2024	
		Código:	06-00-FO-0001	

1. Colaborador	Nuevo	X	Reubicado		Cambio de Perfil		
2.Nombres y apellidos del colaborador	DIANA CAROLINA PEÑA SOLER						
3.Documento	Tipo de Documento: C.C._X_ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: __33375906__						
4.Perfil	MEDICO ESPECIALISTA - EN CUIDADO INTENSIVO						
5.Proceso - Área	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS						
6.Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS _X_ PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____						
7.Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA __3__ MES _03_ AÑO __2025__						

FECHA	**RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)**	**8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**	**REALIZACIÓN ACTIVIDAD**			
			SI	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
3/03/2025	RODOLFO DUARTE	Entrega de Clave Aula Virtual	X			
		Se realizó Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)			X	
FECHA	**RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)**	**9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
	RODOLFO DUARTE	Entrega de usuario y contraseña	X			
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes	X			
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad	X			
		Firma digital	X			
FECHA	**RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)**	**10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO)**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
	RODOLFO DUARTE	**Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual:**				
		Seguridad y Salud en el Trabajo	X			
		Seguridad del Paciente / Prevención de las Infecciones	X			
		Plan de Emergencias Subred Sur Occidente	X			
		Gestión de la Tecnología	X			
		Eventos de Notificación Obligatoria	X			
		Humanización	X			
		Participación y Atención al Usuario	X			

11. DIRECCIONES / OFICINAS	
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)	
Lugar de Ubicación Colaborador	**HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY**
Servicio donde va a desarrollar actividades	**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	**3/03/2025**
Fecha de Finalización (D/M/A)	**PENDIENTE**

12. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE	
SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	RODOLFO DUARTE CELY
PERFIL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER (Describir el perfil del padrino asignado para realizar el entrenamiento)	LIDER HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

FECHA	**RESPONSABLE (Nombres y Apellidos completos)**	**ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
	RODOLFO DUARTE	Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano				
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal				
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.				
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades				
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales.				
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece				
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)				
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)				
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)				
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)				
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)				
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)				
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica				
		Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías . Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio				
		Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)				
		Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)				
		Procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.				
		Información sobre programas de P y D				
		Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)				
		Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación				
		Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003				
		RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022				

13. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SERVICIO							
FECHA	**SERVICIO**	**PERFIL**	**DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			ACTIVIDADES				
3/03/3025	**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**	**MEDICO ESPECIALISTA - EN CUIDADO INTENSIVO**	Presentación del espacio y/o componente	**X**			
			Entrega de la caja de herramientas por medio magnético (formato y explicación del informe de actividades, fechas de entrega del mismo, entrega de lineamientos o rutas, documentos de consulta, formato de cronograma o matrices)	**X**			
			Se informó frente a controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos	**X**			
			Se informó frente a eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	**X**			
			Se realizo Entrenamiento en Campo - Manejo de procedimientos aplicables al proceso de trabajo	**X**			
			Se Informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos	**X**			

14.VALORACIÓN DEL COLABORADOR		15.VALORACIÓN DEL PADRINO QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara 1 ____ **2** ____ **3** ____ **4** ____ **5** __**X**__	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. **SI** __**X**__ **NO** ____	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. **1** ____ **2** ____ **3** ____ **4** ____ **5** _**X**___	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. **SI** _**X**___ **NO** ____	

16.CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración	**Bajo**	**Medio**	**Satisfactorio**	**Excelente**
				X

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DIANA CAROLINA PEÑA SOLER identificado(a) con Cedula Ciudadania 33375906, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200925	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
28260690

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA PEÑA SOLER, identificado(a) con cédula de ciudadanía **33.375.906**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL

Medellin, 20 de marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **DIANA CAROLINA PEÑA SOLER** con documento de identidad **C33375906**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-03-04	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DIANA CAROLINA PEÑA SOLER, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 33.375.906 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 616818167, abierta/o desde el 28/7/2014.

Se expide en Bogotá el día 17 del mes de Febrero del año 2025



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO