

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

|                              |                          |                           |                             |                                      |                      |   |        |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------|---|--------|
| <b>Periodo a Certificar:</b> | <b>Desde:</b>            | 2025-07-01                | <b>Hasta:</b>               | 2025-07-31                           |                      |   |        |
| <b>Nombre Contratista:</b>   | del                      | LADY MAYORI GUZMAN DIAZ   | <b>Número de Documento:</b> | 1014277263                           |                      |   |        |
| <b>Correo Electrónico:</b>   | ladyguzman96@hotmail.com |                           | <b>Número Telefónico:</b>   | 3133279678                           |                      |   |        |
| <b>Nombre Supervisor:</b>    | del                      | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ | <b>Cargo:</b>               | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | <b>Código Grado:</b> | - | 242-28 |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |                                      |                      |      |                              |    |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|----|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 2140-2025                            | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 26 |
| <b>Perfil:</b>                       | PSICÓLOGO                            |                      |      |                              |    |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |                      |      |                              |    |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS TUNAL                            |                      |      |                              |    |

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

| Centro de Costos                    | Dirección                            | Unidad   | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| J17TN                               | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL  | 162          | 0                        | 20177      | \$3268674 | 92.7%                          |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | \$ 3268674                           | <b>TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATROPESOS</b> |              |                          |            |           |                                |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|  |                            |  |            |
|--|----------------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b>        | 2025-01-11                 | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2025-08-31 |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | ENERO                      | \$ 2340532                                       |            |
| 2  | FEBRERO                    | \$ 2905488                                       |            |
| 3  | MARZO                      | \$ 3147612                                       |            |
| 4  | ABRIL                      | \$ 3147612                                       |            |
| 5  | MAYO                       | \$ 3268674                                       |            |
| 6  | JUNIO                      | \$ 3026550                                       |            |

| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>                     |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 7  | JULIO  | \$ 3268674  |  |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                              | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>  | <b>PAGOS REALIZADOS</b>   | <b>SALDO DEL CONTRATO</b>                          |
| \$ 28215904  | \$ 28215904  | \$ 21105142   | \$ 7110762   |
| <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>                        |
| 1  | 1). Prestar servicios de perfil Profesional de Apoyo Terapéutico acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.   | -PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO PSICÓLOGA EN LA UNIDAD RENAL   | -PRACTICA CLINICA                                  |
| 2  | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.   | -EDUCACIÓN AL PACIENTE FRENTE A LOS COMPONENTES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS A LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA             | -REGISTRO DINAMICA , ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA |
| 3  | 3). Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya). | -REGISTRO DINAMICA , ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA  | -HISTORIA CLINICA                                  |
| 4  | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.  | -REALIZAR ACTUALIZACIONES, DE GUÍAS Y PROTOCOLOS DE PSICOLOGÍA BASADOS EN LA EVIDENCIA                              | -PRACTICA CLINICA                                  |
| 5  | 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.   | --REALIZAR EL VINCULO CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, PACIENTES,FAMILIARES PARA CREAR ADHERENCIA EN LOS PACIENTES | -HISTORIA CLÍNICA                                  |
| 6  | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.  | -DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE                                  | -PRACTICA CLINICA                                  |

| <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>                        |
|--|--|---|--|
| 7  | .7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | -REALIZAR EVOLUCIONES MENSUALES Y REMISIONES AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA SEGÚN LA NECESIDAD DE CADA PACIENTE | -REGISTRO DINAMICA , ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA |
| 8  | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.                    | -REALIZAR CITACIONES, REPORTE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIARES Y PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL                    | -HISTORIA CLÍNICA                                  |
| 9  | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.   | -DE ACUERDO AL PERFIL REALIZAR LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR NECESIDAD DEL SERVICIO                         | -PRACTICA CLÍNICA, REGISTRO EN DINAMICA            |

| 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 | \$ 3026550       |
| AÑO   | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            |   |                            |  |                  |
| 2025  | JUNIO                 | 2025          | 07  | 08             | 8388064014  | -                          |  |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | TRES MILLONES VEINTISEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA 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     | \$ 1423500                 | \$ 227760  | \$ 227800        |
| Salud   |                       |               |     |                | SÁNTITAS  |                            | \$ 177938  | \$ 178000        |
| ARL   |                       |               |     | 3              | SURA  |                            | \$ 34676   | \$ 34700         |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | SI             | COLSUBSIDIO   | <b>Total</b>               | <b>\$ 413129</b>                                 | <b>\$ 440500</b> |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |   |                            |  |                  |
| Entidad Bancaria  | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS   | Número de Cuenta           | 488415169819                                     |                  |
| HISTÓRICO   |                       |               |     |                |   |                            |  |                  |
| OBSERVACIÓN   |                       |               |     |                | USUARIO   |                            | FECHA  |                  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | LADY MAYORI GUZMAN DIAZ                                 |                            | 2025-07-24 08:36:16                              |                  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ                               |                            | 2025-07-24 11:44:56                              |                  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA                        |                            | 2025-07-25 22:41:11                              |                  |

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.

*Maria Fern. Ruiz Lopez*

**MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** LADY MAYORI GUZMAN DIAZ  
**No. Identificación:** CC1014277263  
**Dirección:** CARRERA 112B #79-34  
**Telefono:** 8136791  
**Correo:** ladyguzman96@hotmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8388064014

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|  |                         |                                      |               |
|--|-------------------------|--------------------------------------|---------------|
| <b>Nombre Aportante</b>                | LADY MAYORI GUZMAN DIAZ | <b>Número de Empleados</b>           | 1             |
| <b>Tipo y número de identificación</b> | CC1014277263            | <b>Periodo de Cotización Salud</b>   | junio de 2025 |
| <b>Número de planilla</b>              | 8388064014              | <b>Periodo de Cotización Pensión</b> | junio de 2025 |
| <b>Fecha pago</b>                      | 2025-07-08              | <b>Número de Administradoras</b>     | 4             |
| <b>Número de autorización pago</b>     | 25094840                | <b>Total Pagado</b>                  | 469000        |
| <b>Banco</b>                           | 1023                    | <b>Total Intereses de Mora</b>       | 0             |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE  | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|---|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA  | 34700        | 1                   |
| 25-14                 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 227800       | 1                   |
| CCF22                 | Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar                | 28500        | 1                   |
| EPS005                | Sanitas EPS   | 178000       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 1014277263  
 APELLIDOS Y NOMBRES: LADY MAYORI GUZMAN DIAZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS005   | 25-14    | 1423500   | 1423500     | 1423500     | 1423500   | 178000           | 0         | 227800             | 0                                | 34700              | 28500        |



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general



Evaluación de la Entidad Estatal



2 Condiciones

**VER CONTRATO**

3 Bienes y servicios

**Ejecución del Contrato**

4 Documentos del Proveedor

 Porcentaje  Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

**Plan de Pagos**

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No

7 **Ejecución del Contrato**

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

**Documentos de ejecución del contrato**

| Descripción  | Nombre del archivo                                  | Cargado por |                           |                         |
|--|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2140-2025 CTO ENERO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ (2).pdf | 2140-2025 CTO ENERO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ (2).pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2140-2025CTO FEBRERO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf    | 2140-2025CTO FEBRERO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2140-2025 CTO MARZO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf     | 2140-2025 CTO MARZO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2140-2025 CTO ABRIL LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf     | 2140-2025 CTO ABRIL LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2140-2025 CTO MAYO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf      | 2140-2025 CTO MAYO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2140-2025 CTO JUNIO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf     | 2140-2025 CTO JUNIO LADY MAYORI GUZMAN DIAZ.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |





Evaluación de la Entidad Estatal



## Declaración de Ley 2013 de 2019

[Ver aceptación de la política de seguridad de datos](#)

[Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019](#)

Recuerde verificar también si, según el [Decreto 830 de 2021](#), usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en [Declaración Decreto 830 de 2021 \(Personas Expuestas Políticamente - PEP\)](#) en el menú superior del aplicativo.

### Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019



[Formulario 2.799.820 finalizado](#)

| Acciones  | <u>Declaración No.</u>                   | Entidad   | Cargo/Contratista | <u>Tipo de publicación</u> | <u>Fecha de creación</u> | <u>Fecha de publicación</u> |   |
|---|--|---|-------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---|
| <br><br> | <b>2799820-01</b><br>Declaración inicial | SUBRED<br>INTEGRADA<br>DE<br>SERVICIOS<br>DE SALUD<br>SUR | CONTRATISTA       | INGRESO                    | 2025-07-15 12:26         | 2025-07-17 15:09            | ! |

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: [sopORTEaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co](mailto:sopORTEaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co) indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Aplicativo por la Integridad Pública

1.6.1

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|  | El futuro es de todos<br>Gobierno de Colombia | <b>FORMULARIO ÚNICO</b><br><b>DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA</b><br>Persona Natural<br>(LEY 190 DE 1995) | <b>ENTIDAD RECEPTORA</b><br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.<br><br>Última Actualización: 03-jul-2025 |
|---|---|--|---|

|  |
|--|
| <b>1. DECLARACION JURAMENTADA</b><br><b>1.1 DE BIENES Y RENTAS</b> |
|--|

YO, LADY MAYORI GUZMÁN DIAZ  
 IDENTIFICADO CON C.C.  C.E.  T.I.  No. 1014277263 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
 País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.  
 Dirección Carrera 112b # 79-34 Teléfonos 3133279678 8136791

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|----------------------------|------------------------|------------|
| Fernando Guzman Rodriguez  | 79433773               | Padre      |
| María Janeth Diaz Sanabria | 51961324               | Madre      |

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          |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 32.818.032,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 32.818.032,00 |

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 | 0550488415169819    | Ciudad Tunal      | \$ 3.349,00        |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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



## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

|                    |   |
|--------------------|---|
| Nombre:            | LADY MAYORI GUZMÁN DIAZ                           |
| Identificación:    | 1014277263  |
| Entidad:           | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |
| Cargo:             |   |
| Correo:            | ladyguzman96@hotmail.com                          |
| Tipo declaración:  | Para actualizar durante el ejercicio del cargo    |
| Fecha Declaración: | 03/07/25  |

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 el ejercicio del cargo

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

