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 MILENA GUZMAN SOTO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	65791494	
CORREO ELECTRONICO:	guzmandiana0529@gmail.com				CELULAR:	3028521759	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC COORDINACIÓN PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K33-6	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO AV VILLAS S A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	88948612					PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	4702			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1606	FECHA	2025-08-11 09:03:02.000	NÚMERO DE CRP	33178	FECHA	2025-08-14 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL	
				2025-07-01		2025-07-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$2,539,843			
TIPO DE SERVICIOS	PIC		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:	$2,878,489
VALOR EJECUTADO	$2,539,843
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,539,843
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$338,646
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	88%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo 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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
000	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

Copia certificada Subred Suroccidente

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
Dar cumplimiento al Manual de Convivencia segun lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, específico para el PAI.	Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamiento a cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato.	manual de conviviencia firmado como aceptacion del mismo.
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	Se tiene en cuenta el adecuado manejo de cadena de frio. Alistamiento de termo y paquetes fríos para la jornada diaria.	Se tiene en cuenta el adecuado manejo de cadena de frio. Alistamiento de termo y paquetes fríos para la jornada diaria.
Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar.	Se mantiene el área de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las actividades.	Se cuenta con herramientas de trabajo e insumos respectivos, en buenas condiciones para el desarrollo de la actividad.
Realizar actividades de auxiliar de enfermería intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución.	Se realiza demanda inducida y búsqueda de población objeto, para dar cumplimiento al esquema de vacunación.	Se da cumplimiento y con la participación de diferentes espacios de la institución.
Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia.	Al finalizar la actividad se hace verificación de los formato SIS 150 realizados kardex consentimiento informado, insumos.	Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en tema de promoción y prevención.
Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área vigentes.	Se tiene conocimiento del procedimiento para la realización de actividades.	Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunación.
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	Se diligencia de manera clara, concisa y veraz sin tachones ni enmendadura.	Formato Sis 150 en fisico, formato de consentimiento informado, entrega de cada uno de los carnet tanto adulto como niños debidamente diligenciados a cada uno delos usuarios vacunados.
Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE.	Se realiza educación y orientación al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad.	Se entrega de manera clara completa y oportuna cada uno de los soportes de las buenas practicas y cuidados postvacunales y prevención de enfermedades.
Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida.	Se maneja el manual de bioseguridad de los cinco correctos el jefe encargado nos da insumos de protección diaria, como gorros, tapabocas, monogafas careta traje quirúrgico. se da educación a a cada uno de los usuario	Dar cumplimento a la educación requerida para los usuarios, aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad
Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.	Se verifican datos para realizar el procedimientos de la aplicación de los inmunobiologicos y se ingresan al aplicativo PAI.	Verificación del documento, diligenciamiento y entrega del carne de vacunas del usuario.
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	En el mes de Julio del 2025 realizo concentracion, seguimientos, casa a casa aplicando dosis, tétano mujer en edad fértil 40 dosis, Terceras 15 dosis, R2 18 dosis. R1 11dosis, Tv de año 9 dosis, primeras 16 dosis , segundas dosis 4 ,Syr 2 dosis adicionales,triple viral de 5 años 13 dosis,dpta gestantes 1 dosis, vph niñas de 9 a 17 años 9 .. fiebre Amarilla Influenza	Formato Sis 150 en fisico , listado, diario consentimientos informado control de temperatura.
Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.	Mantengo buenas relaciones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios.	Ninguna queja ni sugerencia de los jefe ni de los usuarios.
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	Se asiste a comité extramural.	firma de asistencia en acta del dia 18 de julio 2025
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital.	Se mantiene privacidad y ética hacia los usuarios	Se mantiene privacidad y ética hacia los usuarios.
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigente	enviar actividades solicitadas a tiempo	entrega de actividades solicitadas
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado	doy cumplimiento a las activiades solicoitadas, asistir a las jornadas y realizar la demanada indicida segun necesidad	realizar entrega de porductos como sis 150, kardex y demas

Copia Controlada Subred Sur Occidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBEA:

DIANA MILENA GUZMAN SOTO
CC 65791494 DE NATAGAIMA

La suma de dos millones quinientos treintay nueve mil setecientos cincuenta y dos pesos m/c, $ 2.539.752 por concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunización, durante el periodo del 01 al 31de julio del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4702 - 2025

Diana Guzmán

C.C 65791494DE NATAGAIMA

CUENTA DEAHORROS BANCO COLOMBIA
NUMERO 0 4 5 6 9 7 5 7 9 8 9

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente del 01 al 31 de julio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Maira Afonsecas.

MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO
Apoyo a la supervisión
ProgramaAmpliado de Inmunizaciones

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 21-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA MILENA GUZMAN SOTO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 65791494 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha

Dirección DG 32 10 40 SUR **Teléfonos** 3150666391 3150666391

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HAZEL MARIAN BARRERA GUZMAN	1109844383	Hijo(a)
DIANE XIMENA BARRERA GUZMAN	1028667046	Hijo(a)
BEATRIZ SOTO IBARRA	28893989	Madre
DAIRA ISABELLA BARRERA GUZMAN	1012421677	Hijo(a)
ANGELMIRO GUZMAN SOTO	5963645	Padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995

BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	DIANA MILENA GUZMAN SOTO
Identificación:	65791494
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	guzmandiana0529@gmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	21/07/25

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.

ARL | sura

Medellín, 21 de julio de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DIANA MILENA GUZMAN SOTO identificado(a) con C65791494 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C6579149425202782J9

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO

Dirección IP 10.205.28.19