ARL

Medellin, 23 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **DIANA KATERINE JIMENEZ AVELLA** con documento de identidad **C1030628444**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025-07-22 | 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

# FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | DIANA KATERINE JIMENEZ AVELLA |
| Identificación: | 1030628444 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | dianajimenez500@gmail.com |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 22/07/25 |

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

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

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

Última Actualización: 22-jul-2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** DIANA KATERINE JIMENEZ AVELLA

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1030628444 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** cra 94c # 40a-34sur **Teléfonos** 3219555271 3219555271

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| linda cristal jaimes jimenez | 1030712546 | 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:

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 2025
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
Diana Katerine Jiménez Avella
CC. 1030628444 Bogotá D.C

La suma de ($1.549,108) **un millón quinientos cuarenta y nueve mil ciento ocho pesos M/CTE**., por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 en el área de Dirección de Gestión del Riesgo en Salud - Convenio Interadministrativo 7826628-2025 durante el periodo del **14-31 de julio** del **2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **N°-4139-2025**

*Diana jimenez*

Diana Katerine Jiménez Avella
CC. 1030628444 de Bogotá
Cuenta Ahorros Av. villas
NÚERO DE CUENTA 569725588

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de **julio del 2025** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo la supervisión.



ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
COORDINADORA CONVENIO 7826628-2025

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-07-09, 04:20:25 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074037614

**Periodo Cotización:** junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823289325

## PAGADO 09/07/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DIANA KATERINE JIMENEZ AVELLA | | |
| **Documento** | CC1030628444 | **Dirección** | KR 94C 40 34 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3013140545 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1030628444 | DIANA KATERINE JIMENEZ AVELLA | 59 | 00 | | R | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 20 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 949.000 | $ 23.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 429.000 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 949.000 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 23.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 429.000 | $ 0 | $ 429.000 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

| 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 katerine jimenez avella | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030628444 | |
| CORREO ELECTRONICO: | dianakaterineavella13@gmail.com | | | | CELULAR: | 3219555271 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U C S CONVENIO 7826628 - SECRETARIA DE EDUCACION | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09V07-10 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO AV VILLAS S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 569725588 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4139 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1502 | FECHA | 2025-07-14 15:28:22.000 | NÚMERO DE CRP | 32103 | FECHA | 2025-07-16 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-07-14 | | 2025-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,549,108 | | | | |
| 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: | $11,572,794 |
| VALOR EJECUTADO | $5,649,704 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,549,108 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,923,090 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 49% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1074037614 | $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 |
|---|---|---|
| 1. Ejecutar bajo la directriz de la IED asignada el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiologico por el que ataviese la ciudad en el momento. | Se notifica los casos sospechosos presentados en la institución educativa, se reporta al sistema de alertas de la SDE, se lleva registro institucionalizado por cada IED | Formato de cada IED. |
| 2. Aplicar de manera inmediata el protocolo IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemilogico y activar la ruta de atencion, incluyendola la RIA en situaciones criticas que afectan el bienestar de los estudiantes, articulandose con el equipo de la estrategia RIO P. | Se notifica los casos sospechosos presentados en la IED, activar ruta de atencion, se reporta a estretegia RIO P, de SDE, se lleva registro institucionalizado por cada IED. | Formato de cada IED |
| 3. Adelantar acciones pedagogicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevencion de brotes epidemiologicos en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del coegio o de su delegado. | Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo.º | Carteleras y piezas comunicativas |
| 4. Adelantar acciones pedagogicas para la promocion en estilos de vida saludable deacuerdo con el lineamiento especifico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategias de promocion del Bienestar, enl as sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su xdelegado. | Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes. | Carteleras y piezas comunicativas |
| 5. Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, vacunacion, que se lleve a cabo la SDS en la IED. | Se realiza carteleras informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo. | Carteleras y piezas comunicativas |
| 6. Participar en los procesos de capacitacion que programe la SED, de la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en el IED asignado y sus respectivas sedes. | • se participa de las capacitaciones organizadas y lideradas por la coordinación del convenio que corresponden a: prevención y promoción (mitigación) de brotes epidemiológicos , alimentación saludable, actividad física, prevención de accidentes escolares. | Actas y registro de asistencia |
| 7. Apoyar el comité paritario de salud y seguridad en el trabajo COPASST y a la brigada escolar intitucional en la actualizacion de los planes escolares de Gestion del Riesgo, Emergencias y cambio climatico. | Para este mes no se realiza reunión Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST | Ninguno |
| 8. Actuar como primer respondiente en caso de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el articulo 131 del Codigo Penal Colombiano y acorde en lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en cordinacion y colaboracion con el primer respondiente del colegio. | Se apoya primer respondiente en caso de accidentes, se activa ruta según SDS,y IED. " | "Acta, Formato de la IED. " |
| 9. Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED. | Se realiza reporte de actividades realizada en el IED. | Actas y registro de asistencia |
| 10. Hacer uso semanal y reporte de los aplicativos de la herramienta pedagogica dispuesta por la IED. | Se realiza reporte semanal de herramienta pedagogica dispuesta por IED. | Registro |
| 11. Presentar informes mesuales de las actividades desarrolladas en el marco del objetivo contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin. | Se realiza reporte de actividades mensual, con su respectiva eviencia. | Actas, |
| 12. Cumplir con la asistencia presencial mensual para la entega de informes y demas gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred. | Se asiste cada mes presencilmente para la entrega de informes y demas en los horarios asignados. | Actas y registros de asistencia. |
| 13. Cumplir con el registro fotografico | Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred. | Actas y registros de asistencia |

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