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:	Ivonne Katherin Gómez Puentes						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53088574	
CORREO ELECTRONICO:	katheringomez84@gmail.com				CELULAR:	3112416244	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K31	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4994030685				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	9288			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1606	FECHA	2025-08-11 09:03:02.000	NÚMERO DE CRP	33805	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN INGENIERIA QUIMICA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01		2025-06-15		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$672,914				
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:	$34,684,334
VALOR EJECUTADO	$34,684,334
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$672,914
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9487562802	$1,911,626	$238,953	$305,860	3	$46,567	$591,381

Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Junio 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
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 vigentes.	Cumplimiento de 30 horas de trabajo	Archivo de entrega de soportes del mes de junio de 2025.
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado.	Apoyo en jornadas programadas por la Secretaría Distrital de Salud y/o la Subred Sur Occidente.	Registro de asistencia en formato establecido.
Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	Desarrollo de acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	Registro de asistencia en formato establecido.
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes	Ejecución de los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente	Soportes según se requiera.
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.	Asistencia a reuniones, eventos o espacios.	Registro de asistencia en formato establecido.
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Fortalecimiento de grupos, organizaciones y redes comunitarias	Fortalecimiento de grupos, organizaciones y redes comunitarias
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.	Ejecución de 15 Visitas de Inspección, Vigilancia y Control en los tiempos establecidos para su realización.	15 actas de Inspección , vigilancia y control entregados en los tiempos establecidos de entrega.
Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control.	Ejecución de Preauditoria de soportes.	Informe de preauditoría a la líder.
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos.	Elaboración de cronograma mensual de actividades	Cronograma de actividades del mes de junio 2025
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	Presentación de respuestas a peticiones o quejas presentadas por la comunidad.	Oficio de respuesta de las solicitudes del mes de junio de 2025.
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	Informe oportuno al líder sobre las situaciones presentadas.	Correo electrónico reportando novedades.
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Comportamiento ético y cordial mientras se haga uso de chaqueta y carnet institucional
Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad	Uso adecuado y permanente de los elementos de identificación institucional	Uso de carnet y chaqueta institucional mientras se realice la ejecución de las actividades de inspección, vigilancia y control.
Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	Cuidado y buen uso de los equipos y/o elementos asignados en el contrato	Uso adecuado de las 15 actas SQ01C recibidas en el mes de junio de 2025.
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Cumplimiento de la la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Diligenciamiento del archivo de entrega de soportes del mes de Junio de 2025.
Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera.	Participación en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas	Registro de asistencia en formato establecido.
Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	Uso de la información de los censos recibidos y procedimientos internos con el principio de la confidencialidad indefinida dando cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	No existe soporte del cumplimiento de la obligación.

Copia certificada
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 DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

IVONNE KATHERIN GÓMEZ PUENTES

C.C 53.088.574 DE BOGOTÁ

La suma de $672.914 (SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS M/CTE), por concepto de servicios como Profesional en INGENIERÍA QUÍMICA en el proceso transversal Vigilancia Salud Ambiental, durante el periodo de 01 al 15 de junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9288-2024.



IVONNE KATHERIN GÓMEZ PUENTES

CC 53.088.574 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NÚMERO 049-940306-85

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



DANIEL CASTILLO CAICEDO
Apoyo a la supervisión
Proceso transversal Vigilancia en Salud Ambiental

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, IVONNE KATHERIN GÓMEZ PUENTES
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 53088574 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección KR 80B 6B 75 TO 4 AP 203 CONJ Prados de Techo II **Teléfonos** 3112416244 6017179753

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Guillermo León Gómez Melo	17072383	Padre
Flor Teresa Puentes Urueta	41492125	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	$ 45.066.651,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS [redacted]	$ 0,00

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	IVONNE KATHERIN GÓMEZ PUENTES
Identificación:	53088574
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	kaith51@hotmail.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 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:

ARL

Medellin, 23 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **IVONNE KATHERIN GOMEZ PUENTES** con documento de identidad **C53088574**, 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
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53088574		GOMEZ PUENTES IVONNE KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 80b #6b-75 apto 203	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7179753	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05		9487562802	I	2025/06/18			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,857,503	$297,300			$1,857,503	$232,200			$1,857,503	$37,200			$1,857,503		$45,300		$0	$0		$612,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,857,503	$297,300			$1,857,503	$232,200			$1,857,503	$37,200			$1,857,503		$45,300		$0	$0		$612,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,857,503	$297,300			$1,857,503	$232,200			$1,857,503	$37,200			$1,857,503		$45,300		$0	$0		$612,000
1	CC	53088574 GOMEZ IVONNE																X		23100 1	30	$1,857,503	$297,300	EPS017	30	$1,857,503	$232,200	CCF24	30	$1,857,503	$37,200	14-11	30	$1,857,503	2.436%	$45,300	30	$0	$0	No	$612,000
Total	**Afiliados(1)**																					$1,857,503	$297,300			$1,857,503	$232,200			$1,857,503	$37,200			$1,857,503		$45,300		$0	$0		$612,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53088574		GOMEZ PUENTES IVONNE KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 80b #6b-75 apto 203	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7179753	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05		9487562802	I	2025/06/18			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$297,300	$0	$0	$297,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$297,300	$0	$0	$297,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,300	$0	$0	$45,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,300	$0	$0	$45,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,200	$0	$0	$37,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$37,200	$0	$0	$37,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$232,200	$0	$0	$232,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$232,200	$0	$0	$232,200
TOTAL				**1**	**$612,000**	**$0**	**$0**	**$612,000**