Bogotá D.C.,

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad,

ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como**, Apoyo administrativo y logístico - facturador se urgencias y hospitalización** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA[1], SIDEAP[2], SECOP II[3] y ReTHUS[4] (En el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud).

Atentamente,



FIRMA
July Katerine Rodriguez Gutierrez
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS
NÙMERO DE CÈDULA 1[redacted]
DIRECCIÓN C[redacted]
TELEFONO 3[redacted]
CORREO ELECTRÓNICO :[redacted]

[1] Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.
[2] https://sideap.serviciocivil.gov.co
[3] Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocen la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.
[4] Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	**CO-OPS-FT-28 V4**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC X **CE** ____ **PPT**___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1024514286 **FECHA DE NACIMIENTO:** Bogota

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: July Katerine Rodriguez Gutierrez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: [redacted]

LOCALIDAD: Ciudad Bolivar

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3108681657

CORREO ELECTRÓNICO: [redacted]

EPS: Faminanar **FONDO DE PENSIONES** Preoteccion **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X_____NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE _____ NA. X

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. X

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO X ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ____
OTRO ¿CUÁL? _____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ____NO X

¿CUÁL ENTIDAD? _____

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO X
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Cristian Camilo Rodriguez

NUMERO DE CONTACTO: [redacted]

July Katerine Rodriguez Gutierrez

Nombres Apellidos y Firma

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RODRIGUEZ	GUTIERREZ	JULY KATERINE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1024514286	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
FECHA	DIA [redacted] MES FEB AÑO 1991	[redacted]	
PAÍS	Colombia	PAÍS Colombia	DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO	Bogotá D.C.	CIUDAD Bogotá D.C.	TELEFONO [redacted]
CIUDAD	Bogotá D.C.	EMAIL [redacted]	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2008
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Formación técnica	4	X		TECNICA PROFESIONAL EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN SALUD	4	2013	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
HUMANIZACION DE SERVICIO DE SALUD	PREDESALUD	2024	20
FACTURACION DE SERVICIOS DE SALUD	SENA	2024	48

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
RESPONSABILIAD SOCIAL	SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2021	8
fortalecimiento de competencia e información y	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	2021	50
CODIGO DE INTEGRIDAD	SERVICIOS DE SALUD SUBRES SUR	2020	8
DIPLOMADO EN CUENTA MEDIMAS EN SALUD	CORPORACION DE EDUCACION SUPERIOR ISES	2012	18
SEMINARIO DE ACTUALIZACION DE LA LEY	CORPORACION DE EDUCACION SUPERIOR ISES	2009	4

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICION DE SALUD SUR	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredsur@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4853751	DIA 1 MES 9 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUX ADMINISTRATIVO /ADMICIONES	FACTURACION	CR 20 47 B 37 SUR

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL VISTA HERMOSA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: kata020811@gmail.com	
TELÉFONOS: 7300000	FECHA DE INGRESO: DIA 11 MES 6 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 7 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: AUX ADMISNITRATIVO EN SALUD	DEPENDENCIA: FACTURACION	DIRECCIÓN: Calle 67A Sur # 18C-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FUNDACIN CARDIO INFANTIL	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: cardioinfantil@gmail.com	
TELÉFONOS: 6672727	FECHA DE INGRESO: DIA 12 MES 11 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO: DIA 12 MES 2 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: AUX VENTANILLA	DEPENDENCIA: TESORERIA	DIRECCIÓN: Cl. 163a #13B-60	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: hospital santa clara	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: SANTACLARA@GMAIL.COM	
TELÉFONOS: 3813000	FECHA DE INGRESO: DIA 24 MES 2 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO: DIA 2 MES 9 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: practicante aux adminsitrativo	DEPENDENCIA: talento humano	DIRECCIÓN: Cra. 14b #1-45	

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	3
Pública	12	11
Total	13	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica: null



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Bogota Julio 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1024514286 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 59 B SUR 30-05 **Teléfonos** 3108681657 6633792

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE MIGUEL RODRIGUEZ GARCIA	19616411	Padre
ANA ROSA GUTIERREZ RODRIGUEZ	41777939	Madre
SARA VALENTINA GUTIERREZ RODRIGUEZ	1141333420	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:

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	$ 23.357.880,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 23.357.880,00

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	004870397983	TUNAL	$ 326.820,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
MOVISTA	Plan celular	$ 56.000,00
JOSE	ARRIENDO	$ 600.000,00
Claro hogar	PLAN DE CELULAR MENSUAL	$ 89.000,00
CODENSA	COMPUTADOR	$ 2.918.000,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



Firma electrónica:
JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ 24/07/2025 11:15:

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 24-jul-2025

CIUDAD Y FECHA

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
Identificación:	1024514286
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	kata020811@gmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	19/11/25

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 suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	1. Interés directo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto
NORMATIVIDAD	• C.P.C, art. 126. • Ley 1437 de 2011, art.11. • Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1. • Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	2. Conocimiento previo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	3. Concepto o consejo fuera de la actuación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA II.	5. Relación con las partes
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA III.	6. Heredero o legatario
DESCRIPCIÓN	Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7. Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IV.	7. Amistad o enemistad
DESCRIPCIÓN	Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5. • Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA V.	8. Curador o tutor del interesado
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VI.	9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VII.	10. Litigio o controversia
DESCRIPCIÓN	Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	11. Decisión administrativa pendiente
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	12. Denuncia penal
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	13. Denuncia Penal
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA IX.	14. Acreedor/ deudor
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA X.	15. Antiguo empleador
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XI.	16. Lista de candidatos
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XII.	17. Recomendación
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIII.	18. Relación contractual o de negocios
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIV.	19. Participación directa
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XV.	20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVI.	21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso
DESCRIPCIÓN	Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVII.	22. Dádivas
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVIII	23. Responsables de la Evaluación de Desempeño
DESCRIPCIÓN	Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad
NORMATIVIDAD	• Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:
JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ 19/11/2025 00:00:00

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NOMBRE: JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ

CC: 1024514286

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: 4c2323972090164bc898061a8607174721c9cab1c8eeb4cfb8aacd6be5b11c97

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

CONSIDERACIONES

Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016 y 5.1.4.de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, como Entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos, Financiacion del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos tambien serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios.
b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y selección de riesgos.
c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
d) El control y la prevención del riesgo.
e) La liquidacion y pago de cuentas.
f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud.
j) Realización de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.
l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. EL TRATAMIENTO PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR CITADA ENTIDAD O POR LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE ELLA CONSIDERE NECESARIOS.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a continuación:

a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros.
c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios .
d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelante gestión para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros.
e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevensión y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN,CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredsur.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

(●) Acepto ( ) No acepto

1. SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA	1/01/2026	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ_D.C.	CIUDAD	BOGOTÁ_D.C.
TIPO DE VINCULACION CON LA ENTIDAD	CONTRATISTA OPS	CUAL?	X	N/A	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	Rodriguez	PRIMER NOMBRE	July
SEGUNDO APELLIDO:	Gutierrez	SEGUNDO NOMBRE	Katerine
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	1024514286
LUGAR DE EXPEDICION	Bogota	FECHA DE EXPEDICION	18/02/2009
FECHA DE NACIMIENTO	13/02/1991	PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA

NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI
DIRECCION RESIDENCIA	Cll 59 b sur 30 05			PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA
TIPO DE VIVIENDA	ARRENDADA	TELEFONO CELULAR 1	3108681657	TELÉFONO FIJO	
CORREO ELECTRÓNICO	kata020811@gmail.com			ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)
NIVEL DE ESTUDIOS	TECNICO	OTRO - CUAL?	N/A	PROFESIÓN / OFICIO	Tec Prof Procesos Hospitalarios

2. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO

PRIMER APELLIDO	N/A	PRIMER NOMBRE	N/A
SEGUNDO APELLIDO:	N/A	SEGUNDO NOMBRE	N/A
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	N/A	No IDENTIFICACIÓN	N/A
LUGAR DE EXPEDICION	N/A	PAIS DE RESIDENCIA	N/A

3. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	NIT	CORREO ELECTRÓNICO
N/A	N/A	N/A

TIPO DE SOCIEDAD:	N/A								
TIPO DE EMPRESA:	PRIVADA	N/A	PUBLICA	N/A	MIXTA	N/A	SIN ANIMO DE LUCRO	N/A	
ACTIVIDAD ECONOMICA	N/A	SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL	N/A						
CODIGO CIIU (PRINCIPAL)	N/A	SELECCIONAR CODIGO							
CODIGO CIIU (SECUNDARIO)	N/A	SELECCIONAR CODIGO							
DECLARA RENTA	NO	ES RESPONSABLE DE IVA	NO APLICA	ESTA OBLIGADO A FACTURAR	NO				
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	N/A	NIT	N/A						
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	N/A	SI SELECCIÓN OTRO - INDIQUE CUAL	N/A	TELÉFONO	N/A				
DIRECCIÓN	N/A	PAIS	N/A						
DEPARTAMENTO - ESTADO	N/A	CIUDAD O MUNICIPIO	N/A						
CARGO O PERFIL ACTUAL	N/A								

4. REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO								N° IDENTIFICACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	CC	N/A	CE	N/A	PEP	N/A	PN	N/A	N/A

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD
N/A	N/A	N/A	N/A

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN

¿Administra recursos públicos?	NO	¿Ejerce algún grado de poder público?	NO	¿Tiene reconocimiento público?	NO
¿Es usted un servidor público?	NO	¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?	NO	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	NO
¿Tienen vinculo con una persona expuesta publicamente (PEP)? Reportar vinculos con: Primer y segundo grado de consaguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueras y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes. **En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:**					NO

Vinculo o relación	Tipo de documento	Numero de documento	Nombre Completo
N/A	N/A	N/A	**N/A**
N/A		N/A	**N/A**
N/A	N/A	N/A	**N/A**
N/A	N/A	N/A	**N/A**
N/A	N/A	N/A	**N/A**

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE CORTE	31/12/2025	TOTAL ACTIVOS	$ -	TOTAL PASIVOS	$ 2.148.000,00	TOTAL PATRIMONIO	$ 0
INGRESOS MENSUALES	$ 2.188.006,00	OTROS INGRESOS MENSUALES	$ -	TOTAL INGRESOS MENSUALES	$ 2.188.006,00	TOTAL EGRESOS MENSUALES	$ 1.445.000,00
CONCEPTO OTROS INGRESOS	N/A						
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	NO	CUAL	N/A				
POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	NO	En caso afirmativo diligenciar los siguientes datos					

PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO	ENTIDAD	MONEDA	ENTIDAD	CIUDAD	PAIS
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).

APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR-AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

7. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma



Huella Indice Derecho

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14710506461

(415)7707212489984(8020) 000001471050646 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 5 1 4 2 8 6	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 4 5 1 4 2 8 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	GUTIERREZ	JULY	KATERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 59 B SUR 30 05 BRR ARBORIZADORA BAJA

42. Correo electrónico: kata020811@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 1 8 6 9 9 4	3 1 0 8 6 8 1 6 5 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 3 0 6 1 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KATERINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 25-07-2016
Hora: 10:08:41 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1024514286-4 JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ

Información

Dirección	CL 59 B SUR 30 05
Teléfonos	7162897+-
Dirección	KATA020811@GMAIL.COM
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	25/07/2016
Soporte Inscripción	22413357
Fecha Inicio Actividades	11/06/2013
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

IPS SERMEDI SERVICIOS MÉDICOS SAS
NIT: 901396095-7
Dirección: Calle 68 a Sur # 48D - 53
Cel: 310 287 6212- 300 656 4757
www.ipssermedi.com
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.337

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KETERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	33 AÑOS 9 MESES 27 DÍAS	CC	1024514286
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



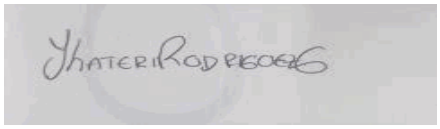
Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

R. M.: 17223 **L.S.O.:** 11200

Código de Seguridad
R1255X1D13337

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KETERINE

CC: 1024514286

Salud Visual Olaya (1827)
optometría general
Fecha de la atención 12/12/2024 12:57

Información básica del paciente y la atención

Plan: ARL

July Katerine Rodriguez Gutierrez

Identificación	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
CC 1024514286	13-02-1991	33 años(Adultez)	Femenino

Tipo de afiliación	Departamento	Municipio	Dirección
ARL	SANTAFE DE BOGOTA DC	BOGOTA D.C.	CL 59 B SUR 30 05
Teléfono fijo	Otro teléfono fijo		Correo electrónico
6017162897	3108681657		KATA020811@GMAIL.COM
Estado civil	Ocupación	Identidad de género	Grupo Poblacional
Soltero	AUXILIAR DE FACTURACION	Mujer	Población general, VIVE CON PADRES E HIJA
Escolaridad	Raza	Tipo de zona	Orientación sexual
Técnica	Mestizo		
País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Ciudad de nacimiento	

Responsable

Nombre responsable	ANA RORSA GUTIERREZ	Parentesco	Madre
Teléfono responsable	6012259895	Celular responsable	3202259895

Acompañante

Viene con acompañante: No

Motivo de Consulta

"ES PARA ACTUALIZAR LA FORMULA DE LAS GAFAS"

Enfermedad actual

PACIENTE REFIERE CONTROL 1 AÑO. USA ANTEOJOS PERMANENTES, ÚLTIMO CAMBIO 1 AÑO. REFIERE QUE EL MOTIVO DE CONSULTA ES PORQUE ESTA VIENDO BORROSO DE LEJOS POR AMBOS OJOS , DE CERCA REFIERE VER BIEN POR AMBOS OJOS. NIEGA ARDOR OCULAR, LAGRIMEO, PRURITO OCULAR Y OJOS ROJOS.

Revisión por Sistemas

REFIERE CEFALEA TEMPORAL DERECHA DESDE HACE 3 MESES EN CUALQUIER MOMENTO Y ACTIVIDAD. REFIERE COLOR IRRITABLE Y GASTRITIS CONTROLADA, NIEGA MAS ENFERMEDADES GENERALES. NIEGA CIRUGIAS EN LOS OJOS. NIEGA APLICAR MEDICAMENTOS EN LOS OJOS. OCUPACIÓN: FACTURADORA. USA DISPOSITIVOS 12 HORAS AL DIA. NIEGA ANTECEDENTES OCULARES IMPORTANTES EN LA FAMILIA

Seccion antecedentes generales

PATOLÓGICOS: HIPOTIROIDISMO, GASTRITRIS CRÓNICA, SINDROME DE COLON IRRITABLE

FARMACOLÓGICOS: LEVOTIROXINA 25 MCG DIARIOS

QUIRÚRGICOS: CESÁREA #1 POR POSTÉRMINO

TOXICOLÓGICOS: NIEGA FUMAR ¿ NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL.

ALÉRGICOS: NIEGA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

RH: A+

ACCIDENTES LABORALES PREVIOS: NIEGA

GINECOOBSTÉTRICOS: MENARQUIA 12 AÑOS ¿ FUR: 28/07/2024. NO PNF. G1C1V1.

FAMILIARES: PADRE: HTA , EPOC

Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Patología	Presenta
Hipertensión arterial	No	Trastorno del tracto digestivo	Sí
Diabetes mellitus	No	Trastorno psiquiátrico	No
Enfermedad isquémica del corazón	No	VIH	No
Trastorno de la Coagulación	No	Migraña	Sí
Cáncer	No	Trastorno Osteomuscular	No
Insuficiencia renal crónica	No	Neumopat¿a Laboral	No
Asma	No	Insuficiencia Venosa Perif¿rica	No
EPOC	No	Obesidad	No
Enfermedad tiroidea	Sí		

Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
Operación Cesárea	1

Antecedentes ginecobstétricos

Menarca	14 año(s)	FUM (Fecha de última menstruación)	29-07-2024
Duración del ciclo menstrual	5 Dias	Frecuencia del ciclo menstrual	29 Dias
Ciclo menstrual	Regular		

¿Planifica?: Si

M¿todos de planificaci¿n: Sexualmente inactivo en la actualidad

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos	1		
Partos vía vaginal	0	Nacidos vivos	1
Nacimientos prematuros	0	Cesárea	1
Mortinatos	0	Embarazos Múltiples	0
Abortos	0	Vivos actualmente	1
Nacimientos múltiples	0	Embarazos Ectópicos	0
Muertos en la primera semana	0	Embarazos molares	0
Muertos después de la primera semana	0		

Estilos de Vida

H¿bitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado m¿s de 100 cigarrillos en su vida?	No	¿Ha fumado en los ¿ltimos 6 meses?	No
Clasificaci¿n	No fuma		

Exposici¿n al tabaco ¿Fumador pasivo?: No

Consumo de Alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez		
¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	¿Alguna vez ha necesitado beber por la ma¿ana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?	No

Salud Visual Olaya (1827)
optometría general
Fecha de la atención 12/12/2024 12:57

Clasificaci¿n Bebedor social

Sustancias psicoactivas ¿Consume sustancias psicoactivas?: No

H¿bitos (Actividad f¿sica) ¿Realiza actividad f¿sica?: No

Antecedentes oculares section

Antecedente	Presenta	Antecedente	Presenta
Blefaroplastia	No	Ojo seco	No
Catarata	No	Pterigion	No
Chalazión	No	Queratotomía radial	No
D.R.	No	Toxoplasmosis	No
Estrabismo	No	Tratamientos ortópticos	No
Glaucoma	No	Antecedentes traumáticos oculares	No
Lasik	No	Otro	No

AV SC

AV CC

AV CC No utiliza anteojos

OD

AV VL 20/70 AV VP 0.50 M

OI

AV VL 20/40 AV VP 0.50 M

Examen externo

OD

Apariencia sana Si Observaciones PARPADOS SANOS, CORNEA TRANSPARENTE, HIPERPLASIA NASAL EN CONJUNTIVA BULBAR QUE INVADE CORNEA GRADO 1

OI

Apariencia sana Si Observaciones PARPADOS SANOS, CORNEA TRANSPARENTE, CONJUNTIVA TRANQUILA

Motilidad ocular

CT Sin corrección

VL ORTO VP EXO PPC 9 cm

Exámenes Adicionales

Angulo C¿mara Anterior

OD VHIII OI VHIII

Queratometr¿a

OD 45.00/47.00*11 OI 44.50/46.50*178

Oftalmoscopia

OD

Apariencia sana Si Exc 03

Observaciones MEDIOS TRANSPARENTES, BRILLO FOVEAL PRESENTE, RETINA ADHERIDA

OI

Apariencia sana	Si	Exc	03
Observaciones	MEDIOS TRANSPARENTES, BRILLO FOVEAL PRESENTE, RETINA ADHERIDA		

Examen refractivo y subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje
OD	-1.00	-0.75	10
OI	-0.25	-1.25	4

	Esfera	Cilindro	Eje	AV VL	AV VP
OD	-1.00	-0.75	10	20/20	0.50 M
OI	-0.25	-1.00	4	20/20	0.50 M

Fórmula de lentes

OD

Esfera	-1.00	Cilindro	-0.75
Eje	10	AV VL	20/20
AV VP	0.50 M	DNP	29 mm

OI

Esfera	-0.25	Cilindro	-1.00
Eje	4	AV VL	20/20
AV VP	0.50 M	DNP	30 mm

Detalle

RX	TOTAL	Se da corrección óptica	Si
Uso	Permanente	DMSVO Prescrito	Lentes oftálmicos
Cantidad DMSVO Prescrito	2	Tipo de lente	Monofocal
Material	Policarbonato		

Recomendación no PBS

Material	POLICARBONATO
Tratamiento 1	AR ESTÁNDAR

Análisis y plan

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Notas de análisis y plan: DOY FORMULA DE ANTEOJOS PERMANENTES, EXPLICO DIAGNOSTICO REFIERE QUE ENTIENDE, LENTE ESPECIAL NO CUBRE PBS, CONTROL 1 AÑO

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
H522-ASTIGMATISMO	Confirmado nuevo

Causa externa y finalidad

Causa / Motivo atención	Origen Común	Enfermedad general	Finalidad de la consulta
Diagnóstico	Diagnóstico		

Conducta final

Salud Visual Olaya (1827)
optometría general
Fecha de la atención 12/12/2024 12:57

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

Recomendaciones

DOY FORMULA DE ANTEOJOS PERMANENTES, EXPLICO DIAGNOSTICO REFIERE QUE ENTIENDE, LENTE ESPECIAL NO CUBRE PBS, CONTROL 1 AÑO

Información del profesional

LILIANA ROJAS HENAO

CC 52839688	OPTOMETRIA	Registro 1857

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **18/01/2024**

Doc. Identidad **CC 1024514286** Nombre **JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ** Fecha Nacimiento. **13/02/1991**

Entidad **PARTICULAR** Edad **32 años** Ocupación **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

H.C No

Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )

Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )

Empresa PARTICULAR Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO Antiguedad del cargo

Fondo de Pensión EPS FAMISANAR ARL

ANTECEDENTES

Último Examen Visual Usa anteojos: SI ( ) NO ( ) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugias: SI ( ) NO ( ) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO ( ) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

	CC VL	CC VP	SC VL	SC VP
OD	20/20	050M	20/60	075M
OI	20/20	050M	20/60	75M
AO				

REFRACCIÓN

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival ( ) Pterigio N ( ) Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( ) Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( ) Ptosis palpebral ( ) Otros:	Hiperemia conjuntival ( ) Pterigio N ( ) Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( ) Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( ) Ptosis palpebral ( ) Otros:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

VL: **ORTHO** VP: HISHBERG: **CENTRADO**

Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC:

PRUEBAS DE VISIÓN CROMÁTICA Y VISIÓN DE PROFUNDIDAD

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	NORMAES	NORMALES
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	NORMALES	NORMALES

SUGERIDOS PARA

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

DIAGNÓSTICOS

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

OBSERVACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría (X)

REFRACCIÓN

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS CIE10

H522 ASTIGMATISMO

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

USO DE GAFAS PERMANENTES Y PARA TRABAJAR , CONTROL ANUAL , USO DE EPP

OBSERVACIONES

USO DE GAFAS PERMANENTES Y PARA TRABAJAR CONTROL ANUAL , USO DE EPP

Liliana Gómez

Dra. Liliana Gómez C.
OPTOMETRA FUAA
REG. 3584 CTNPO
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia 12155 - UNIMINUTO

LILIANA MARITZA GOMEZ CRUZ
Especialidad: OPTOMETRA OCUPACIONAL
CC: 39744932 RM: 11553

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010778209

Fecha de generación del carné: viernes, 14 de noviembre de 2025 08:46 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1024514286
Nombres y Apellidos	JULY KATHERINE RODDRIGUEZ GUTIERREZ
Fecha de nacimiento:	13/04/1991

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	06/03/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL
	Segunda dosis	27/03/2021	Pfizer	ER1742	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL
DPT	Única				
DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010778209

Fecha de generación del carné: viernes, 14 de noviembre de 2025 08:46 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1024514286
Nombres y Apellidos	JULY KATHERINE RODDRIGUEZ GUTIERREZ
Fecha de nacimiento:	13/04/1991

DPT Acelular	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	14/01/2015	Engerix B Adultos		
	Segunda dosis	14/02/2015	Engerix B Adultos		
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	28/10/2025	Green Cross 0.5 ml	V50525004	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	18/01/2019	Sarampión -Rubéola - SERUM	0128W1300Z	ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA
Td	Primera dosis	18/09/1999	Tetavax		UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CANDELARIA LA NUEVA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010778209

Fecha de generación del carné: viernes, 14 de noviembre de 2025 08:46 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1024514286
Nombres y Apellidos	JULY KATHERINE RODDRIGUEZ GUTIERREZ
Fecha de nacimiento:	13/04/1991

Td	Segunda dosis	05/04/2011	Tetavax		UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CANDELARIA LA NUEVA
	Tercera dosis	14/02/2015	Toxoide Tetánico y diftérico		
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010778209

Fecha de generación del carné: viernes, 14 de noviembre de 2025 08:46 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1024514286
Nombres y Apellidos	JULY KATHERINE RODDRIGUEZ GUTIERREZ
Fecha de nacimiento:	13/04/1991

VPH Tetravalente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ identificado(a) con CC. 1024514286 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2013/05/25**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 14 días del mes de 11 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 14 de noviembre 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 JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ identificado(a) con C1024514286 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:C10245142862531863158

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KATERINE** identificado(a) con **CC** número **1.024.514.286** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de noviembre de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 14 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Volver | **Últimas modificaciones** | **Todos** | Seleccione

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de
4559168	3545-2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Entidad Estatal	1/02/2024 7:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	15/01/2025 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ	22
3436967	2918-2023	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Entidad Estatal	1/02/2023 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/01/2024 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ	23
570498	1757-2019	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Entidad Estatal	1/02/2019 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	15/01/2020 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ	19
893736	3597-2020	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Entidad Estatal	1/02/2020 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/01/2021 11:59:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ	20
2691685	3383-2022	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Entidad Estatal	3/02/2022 9:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/01/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ	21

Ver más

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

July katerine Rodríguez Gutiérrez

C.C 1.024.514.286

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de noviembre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761025298000

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL	**CO-OPS-FT-33 V3**

Yo,July Katerine Rodriguez identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1024514286__expedida en la ciudad de ___Bogota_____, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que:

1. ACTUALMENTE SI ( ) NO (X) tengo suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales; por tanto se relaciona a continuación los contratos de prestación de servicios **VIGENTES Y EN EJECUCIÓN:**

NOMBRE DE LA ENTIDAD ESTATAL	No. de CONTRATO (VIGENTE Y EN EJECUCIÓN)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION

2. Así mismo declaro que los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales impartidos.
3. También tengo conocimiento pleno y me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.
4. La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano. Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento. Este, se diligencia y firma bajo gravedad de juramento el primero (1) día del mes de Enero__ del año 2026.



FIRMA _____



NOMBRES COMPLETOS July Katerine Rodriguez Gutierrez___

C.C. No. 1024514286 _____

TELEFONO [redacted]_____

DIRECCIÓN [redacted]_____

CORREO [redacted]

HUELLA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1024514286** de BOGOTA D.C.

(MIL VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS)

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.



VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 18 de noviembre de 2025, a las 12:04:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024514286
Código de Verificación	1024514286251118120448

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 284544478

PIB
12:21:38

Bogotá DC, 18 de noviembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024514286:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/11/2025 12:11:05 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1024514286** y Nombre: **JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **126749483** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Información 515 9000

Dios y Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:08:26 PM horas del 18/11/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1024514286**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KATERINE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONA NATURAL Y JURIDICA

2025-11-25

Radicado #: 26900

Aceptar

ENCUESTA DEMOGRAFICA

2025-11-19

Radicado #: 620595

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

Aceptar



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.514.286
RODRIGUEZ GUTIERREZ

APELLIDOS

JULY KATERINE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
18-FEB-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-1500150-00411403-F-1024514286-20121113 0031630781A 1 1342066185

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **14/11/2025**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1024514286**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO
Número [redacted]
Fecha de apertura **21/06/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Arborizadora Baja

Institución Educativa Distrital

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital
según Resolución No. 2604 del 28 de Agosto de 2002

Confiere a:

July Katerine Rodríguez Gutiérrez

Identificado(a) con T.I. No. 910213-76391 de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

José Benigno Segura B.
Rector

Ana de Jesús Contreras C.
Secretaria Académica

Para su registro y control interno, anotado en el
Libro No. 1, Folio No. 050

Dado en Bogotá, D.C. a los 4 días del mes de
Diciembre de 2008

No requiere registro, según Decreto 921 del 06 de Mayo de 1994

República de Colombia

Colegio Arborizadora Baja

Institucion Educativa Distrital

"JORNADA MAÑANA"

Acta General de Graduación No. 22

Inscripción DANE 11100130841

En la ciudad de Bogotá, a los 4 días del mes de Diciembre del año Dos Mil Ocho (2008) se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica en la Rectoría del Colegio Arborizadora Baja Institución Educativa Distrital, Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, D.C., para otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**, según Resolución No. 2604 del 28 de Agosto de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el titulo de **BACHILLER ACADEMICO** a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Rodriguez Gutierrez July Katerine

Identificado(a) con T.I.. No. 910213-76391 de Bogotá

La presente Acta consta de 55 alumnos, cuyos nombres comienza en **Acevedo Peraza Jon Jairo** y cierra con el nombre de **Vega Lavao Heidy Viviana.**

En constancia se firma en cumplimiento a lo ordenado en le artículo 7º del decreto ciento ochenta (180) de 1981, por José Benigno Segura Velásquez (RECTOR) y Ana de Jesús Contreras Camargo (SECRETARIA).

Dada en Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre de 2008.

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de mayo de mil novecientos noventa y cuatro (1994).

José Benigno Segura Velásquez
C.C. No. 19.167.526 de Bogotá
Rector

Ana de Jesús Contreras Camargo
C.C. No. 46.361.976 de Sogamoso (Boyacá)
Secretaria Académica

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **CC. 1.024.514.286** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	DESDE	HASTA	OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
3034	11/06/2013	30/09/2013	APOYO ADMINISTRATIVO COMO FACTURADOR	$4 154 333	VISTA HERMOSA
6661	01/10/2013	31/10/2013	APOYO ADMINISTRATIVO COMO FACTURADOR	$1 133.000	VISTA HERMOSA
9382	01/11/2013	07/01/2014	APOYO ADMINISTRATIVO COMO FACTURADOR	$2.530.367	VISTA HERMOSA
93	08/01/2014	31/08/2014	APOYO ADMINISTRATIVO COMO FACTURADOR	$9 024.800	VISTA HERMOSA
5813	01/09/2014	30/11/2014	APOYO ADMINISTRATIVO COMO FACTURADOR	$3.539.900	VISTA HERMOSA
9226	01/12/2014	15/01/2015	APOYO ADMINISTRATIVO COMO FACTURADOR	$1.750.500	VISTA HERMOSA
58	16/01/2015	31/05/2015	APOYO ADMINISTRATIVO COMO FACTURADOR	$5.445.000	VISTA HERMOSA
3088	01/06/2015	30/09/2015	APOYO ADMINISTRATIVO II COMO FACTURADOR-URGENCIAS	$4.840.000	VISTA HERMOSA
4974	01/10/2015	30/11/2015	APOYO ADMINISTRATIVO II COMO FACTURADOR-URGENCIAS	$2.420.000	VISTA HERMOSA
6521	01/12/2015	31/01/2016	APOYO ADMINISTRATIVO II COMO FACTURADOR-URGENCIAS	$2.420 000	VISTA HERMOSA
408	01/02/2016	30/04/2016	APOYO ADMINISTRATIVO II COMO FACTURADOR-URGENCIAS	$3.876 000	VISTA HERMOSA
1589	02/05/2016	31/05/2016	APOYO ADMINISTRATIVO II COMO FACTURADOR-URGENCIAS	$1.292.000	VISTA HERMOSA
1746	23/06/2016	31/07/2016	APOYO ADMINISTRATIVO II COMO FACTURADOR-URGENCIAS	$2.584.000	VISTA HERMOSA
6392	01/09/2016	31/12/2016	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	$5.250.000	SUBRED SUR
897	02/01/2017	15/02/2017	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	$2.250.000	SUBRED SUR
4615	01/03/2017	31/08/2017	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	$9 000.000	SUBRED SUR
8674	01/09/2017	31/12/2017	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	$6.777.966	SUBRED SUR
1351	01/01/2018	30/03/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	$4.518.639	SUBRED SUR

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-22 V1

No. ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	DESDE	HASTA	OBJETO/PERFIL	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
5165	01/04/2018	31/07/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	$4.518.639	SUBRED SUR
10474	01/08/2018	30/08/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	$1.591.471	SUBRED SUR
11445	01/09/2018	31/10/2011	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	$3.182.942	SUBRED SUR
13594	01/11/2018	31/01/2019	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	$3.182.942	SUBRED SUR
1757	01/02/2019	31/01/2020	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	$18.313.618	SUBRED SUR
3597	01/02/2020	30/06/2020	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	$8.522.390	SUBRED SUR

Cabe señalar que el contrato No. 3597 a la fecha se encuentra en ejecución.

La presente certificacion no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1504**. Código de Verificación: **=B=GBCIO2**

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a QUIEN INTERESE a los Veintiocho (28) dias del mes Mayo del 2020.

MARIA CLAUDIA ONATE VASQUEZ
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado y Elaborado por:	Alejandra Nope Cano	Contratista Apoyo a la Gestión	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Aprobado por:	Mireya Díaz Beltrán	Contratista Apoyo a la Gestion	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641 2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganizacion del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuracion, fusion, supresión o liquidacion en el presente caso de fusion, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a Fin de evitar vacios e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

Bogota D C 21 de febrero de 2013

LA DIRECTORA DE GESTION HUMANA

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ identificado (a) con cedula de ciudadania numero 1024514286 presta sus servicios a la Institucion desde el **13 de Noviembre de 2012 hasta el 12 de Febrero de 2013**. actualmente desempeña el cargo de FACTURADOR CAJERO con contrato a termino FIJO

Se expide esta constancia a solicitud del interesado

SONIA SAMAN VARGAS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

EL AREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que la estudiante de la Corporación de Educación Superior ISES, **JULI KATERINE RODRIGUEZ GUITERREZ** Identificada con cédula de Ciudadanía número **1.024.514.286**, cumplió con la práctica de **Procesos Hospitalarios** en las áreas de Jurídica y Talento Humano desde el 24 de febrero hasta el 02 de septiembre del año 2010 con una intensidad de **357 horas**.

La mencionada estudiante desempeño sus actividades demostrando buen compromiso, actitud, cumplimiento, responsabilidad, habilidades y destrezas al realizar las actividades que se le asignaban

Se expide la presente certificación a los dos (02) días del mes de noviembre de dos mil doce (2012), a solicitud del interesado.

HILDA RUTH GUERRERO GOMEZ
Profesional Especializado Talento Humano

Elaboró: Andrea Liliana Ortega Sepúlveda – Psicóloga Talento Humano
Revisó: Hilda Ruth Guerrero Gómez – Profesional Especializado Talento Humano

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KATERINE; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1024514286 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1757 de 2019
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 19.704.960
FECHA DE INICIO	2019-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2020-01-31
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna, 2. Asignar cama en el sistema de informacion de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno.3. Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente, 4. Verificar y realizar de cargos diarios (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de factura, Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería.5. Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación, 6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales,En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, y las demas que sean asignadas por el lider del area

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 14 días del mes de Noviembre de 2025.

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KATERINE; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1024514286 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3597 de 2020
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 20.453.736
FECHA DE INICIO	2020-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2021-01-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	2021-01-31
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna, 2. Asignar cama en el sistema de informacion de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno.3. Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente, 4. Verificar y realizar de cargos diarios (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de factura, Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería.5. Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación, 6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales,En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, y las demas que sean asignadas por el lider del area

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 14 días del mes de Noviembre de 2025.

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KATERINE ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1024514286 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3691 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 16.625.703
FECHA DE INICIO	2021-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2021-10-15
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURADOR HOSPITALIZACION - URGENCIAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, atención humanizada tanto al personal interno como externo, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna, 2. Asignar cama en el sistema de información de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno.3. Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente, 4. Verificar y realizar de cargos diarios (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de factura, Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería.5. Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación, 6. En caso de terminación del contrato, las actividades asignadas las deberá dejar al día en un 100%, así como la entrega del inventario y/ o utensilios entregados por la Subred para el cumplimiento de las actividades contractuales, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional. 7. Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 14 días del mes de Noviembre de 2025.

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KATERINE ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1024514286 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	8053 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 4.375.185
FECHA DE INICIO	2021-11-18
FECHA DE TERMINACIÓN	2022-01-31
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURADOR - AUTORIZADOR

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la revisión de las órdenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación 2. Tramitar con la EPS los formatos correspondientes para las EAPB, realizar los anexos No. tres que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB. y realizar tramite de autorizaciones de estancias según los censos efectuados para reporte a la EAPB. 3. Confirmar los traslados de camas en el sistema de información según reporte consultado en el sistema cada media hora y registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por la EAPB. 4. Propender para que todas las órdenes médicas y Anexos tres que se generen en el turno sean tramitados y realizar autorizaciones de los traslados efectuados primarios 5. Cumplir con todos los procesos y procedimientos estipulados para cumplir con las metas de central de la autorización 6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño de la labor, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, 7. Demás actividades asignadas por el Supervisor del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 14 días del mes de Noviembre de 2025.

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1024514286 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3383 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 21.511.800
FECHA DE INICIO	2022-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2023-01-31
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- . Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos , realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.

- . Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso,

- Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma,
- . Realizar creación de usuarios e ingresos en el sistema de información y adjuntar los soportes en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- Registrar diariamente cargos diarios de servicios de acuerdo a la autorización y/o orden médica (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología etc.) y demás servicios que así se requieran y se encuentren debidamente realizados y soportados, notificando las inconsistencias tanto en el cargue como en seguridad social para lo cual se deberán notificar los usuarios particulares a trabajo social,

- Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados previa auditoria de la factura, garantizando el diligenciamiento correcto de todos datos requeridos para los registros Individuales de atención (Rips), generando tan la orden de salida para el egreso del usuario y la generando de la factura teniendo en cuenta la normatividad y contratación vigente, al igual que generar el cobro de los copagos cuando así lo amerite realizando recibo de caja y/o pagare según el caso previo concepto de trabajo social, de ameritarlo se debe realizar al momento del egreso del usuario la asignación de citas prioritarias y/o apoyo en asignación de citas generales cuando sea requerido.
- Depurar y solucionar los ingresos de urgencias y hospitalización en un plazo no mayor a 72 horas desde el reporte de los mismos,

- Dar Respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas que se generen por incumplimiento de las actividades asignadas en el contrato,

- Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,

- . Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 14 días del mes de Noviembre de 2025.



HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1024514286 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	2918 de 2023
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 23.357.880
FECHA DE INICIO	2023-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-01-31
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institucion dejando registro en el sistema de informacion DGH o en su defecto realizar actualizacion constante de toda la informacion relevante a la identificacion y georreferenciacion de estos , realizar verificacion de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratacion) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna
- Generar en el sistema de informacion los informes cada hora que me permitan hacer la Revision de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generacion del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB segun la normatividad y la contratacion, en los casos de facturacion generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso
- Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorizacion utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorizacion con la EAPB, al igual que realizar los tramites de estancias de los censos de pacientes de la institucion registrando los tramites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma
- Adjuntar todos los soportes del tramite de autorizacion en dinamica Gerencial en la opcion de requerimientos de todos los documentos correspondiente al tramite de autorizacion y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB
- Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los codigos de autorizacion emitidos por las EAPB y-o en su defecto la informacion generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinamica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB
- Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y-o definitivas
- Apoyar el proceso de facturacion de urgencias y hospitalizacion de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atencion adecuada de los usuarios y la generacion de los recursos de la institucion
- Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar
- Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 14 días del mes de Noviembre de 2025.

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1024514286 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3545 de 2024
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 22.196.265
FECHA DE INICIO	2024-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2025-01-15
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
- 2. Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso
- 3. Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma,
- 4. Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 5. Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y/o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 6. Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas,
- 7. Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución,
- 8. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las edades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,
- 9. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 14 días del mes de Noviembre de 2025.

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1024514286 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	2492 de 2025
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 25.601.268
FECHA DE INICIO	2025-01-16
FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-31
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos , realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
- 2. Apoyar el proceso de autorizaciones con la EPS de los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma y adjuntando los soportes en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 3. Registrar diariamente cargos de servicios de acuerdo a la autorización y/o orden médica y demás servicios que así se requieran y se encuentren debidamente realizados y soportados, notificando las inconsistencias
- 4. Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados previa auditoria de la factura, garantizando el diligenciamiento correcto de todos datos requeridos para los registros Individuales de atención (Rips), generando tanto la orden de salida para el egreso del usuario y la factura teniendo en cuenta la normatividad y contratación vigente, al igual que generar el cobro de los copagos cuando así lo amerite realizando recibo de caja y/o pagare según el caso previo concepto de trabajo social, de ameritarlo se debe realizar al momento del egreso del usuario la asignación de citas prioritarias y/o apoyo en asignación de citas generales cuando sea requerido.
- 5. Depurar y solucionar los ingresos de urgencias y hospitalización en un plazo no mayor a 72 horas desde el reporte de los mismos,
- 6. Dar Respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas que se generen por incumplimiento de las actividades asignadas en el contrato,
- 7. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,
- 8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 14 días del mes de Noviembre de 2025.

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

CONSULTA DE COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN BANCO DE HOJAS DE VIDA BOGOTÁ D.C.

NÚMERO INSCRIPCIÓN: 569466 Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre
JULY

Otros nombres
KATERINE

Primer apellido
RODRIGUEZ

Segundo apellido
GUTIERREZ

Fecha de Nacimiento
13/02/1991

Teléfono de contacto
3108681657

Correo electrónico personal
kata020811@gmail.com

Dirección de residencia
calle 59 b sur 30 05

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Título académico	Graduado	Semestres cursados
Formación técnica profesional	TÉCNICO PROFESIONAL EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN SALUD	Si	
Educación básica primaria (hasta quinto de primaria aprobado)		Si	
Educación básica secundaria (hasta grado noveno aprobado)		Si	
Educación media (hasta grado once aprobado)		Si	

Otros estudios

Nombre curso	Graduado	Horas
Diplomado en cuentas medias y su responsabilidad social	Si	18
seminario ley 100/93	Si	4

Estimado (a) Ciudadano (a) este comprobante únicamente certifica el registro de su perfil laboral o profesional en el Banco de Hojas de Vida de Bogotá, D.C; como usuario (a) lo hace responsable de la veracidad, actualización, consolidación, complementación y afirmaciones propias que reposan en su hoja de vida y por las consecuencias de incluir o colocar dicha información en el aplicativo. Este comprobante de registro no es garantía expresa ni implícita de otorgar un contrato con organismos o entidades distritales a quien haga uso de este repositorio.

Volver

Regresar

Copyright 2019
Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital.
Todos los derechos reservados.