

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		estephanie arguello castillo					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1019048230		
CORREO ELECTRONICO:	gephani@hotmail.com			CELULAR:	3212548617		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		451870093973			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		2423		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1865	FECHA	2025-09-17 13:39:31.000	NÚMERO DE CRP	39679	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL - URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2025-12-01			2025-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,620,880			
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$48,037,008
VALOR EJECUTADO	\$48,037,008
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3,620,880
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9495134972	\$1,448,352	\$181,044	\$231,736	3	\$35,282	\$448,062

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

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.	Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades.	Libro de recibo y entrega de turno.
Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.	Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.	Lista de programación de actividades.
Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.	Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.	Historia clínica manual.
Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.	Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.	Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología.
Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.	Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.	Historia clínica manual.
Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.	Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.	Sistema de PQRS
Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.	Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.	Casos atendidos dentro del turno.
Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.	Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.	Listas de asistencia a reuniones del área.
Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área (monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.	Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio.	Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.
Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica.	Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares.	Historia clínica manual.

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019048230		ARGUELLO CASTILLO ESTEPHANIE DAIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	av carrera 68 # 5-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1988121082	9495134972	I	2025/12/09	2025/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$448,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte							
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,448,352	\$231,800			\$1,448,352	\$181,100				\$0	\$0			\$1,448,352	\$35,300			\$0	\$0						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,448,352	\$231,800			\$1,448,352	\$181,100				\$0	\$0			\$1,448,352	\$35,300			\$0	\$0						
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,448,352	\$231,800			\$1,448,352	\$181,100				\$0	\$0			\$1,448,352	\$35,300			\$0	\$0						
1	CC	1019048230	ARGUELLO ESTEPHANIE	230301	30	\$1,448,352	\$231,800	EPS005	30	\$1,448,352	\$181,100	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,448,352	\$35,300	0		\$0	\$0						
Total	Afiliados(1)				\$1,448,352	\$231,800			\$1,448,352	\$181,100				\$0	\$0			\$1,448,352	\$35,300			\$0	\$0						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019048230		ARGUELLO CASTILLO ESTEPHANIE DAIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	av carrera 68 # 5-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1988121082	9495134972	I	2025/12/09	2025/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$448,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$231,800	\$0	\$0	\$231,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$231,800	\$0	\$0	\$231,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,300	\$0	\$0	\$35,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$35,300	\$0	\$0	\$35,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$181,100	\$0	\$0	\$181,100	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$181,100	\$0	\$0	\$181,100	
TOTAL				1	\$448,200	\$0	\$0	\$448,200	

Medellin, 19 de diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **ESTEPHANIE DAIANA ARGUELLO CASTILLO** con documento de identidad **C1019048230**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **ESTEPHANIE DAIANA ARGUELLO CASTILLO** con NIT **C1019048230**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-05-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS	0000000 001	3	2.436	EN COBERTURA

· Medellín **604 4444578**
 · Bogotá **6014055911**
 · Cali **602 3808938**
 · Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**
 · Bucaramanga **6076917938**
 · Cartagena **605 6424938**
 · Barranquilla **605 3197938**

Líneas de atención 01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414
Línea de conciliación ARL 3103157562
segurossura.com.co arlsura.com

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1019048230	ARGUELLO	CASTILLO	ESTEPHANIE	DAIANA	2025-12	Sanitas	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Sanitas	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 142 Registros en 15 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver a Consultar](#)
[Descargar](#)

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



Sede principal:

Centro Empresarial Elemento

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16

Código Postal 111071, Bogotá, D.C.

Línea fija en Bogotá 601 7450924, horario de Atención: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

Horarios de Atención:

Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Si necesita radicar una petición, puede realizarla vía correo electrónico a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co o a través del siguiente enlace: <https://www.adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pqrsd>



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CUENTA DE FEB 2025.pdf	CUENTA DE FEB 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE MARZO 2025.pdf	CUENTA DE MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE ABRIL 2025.pdf	CUENTA DE ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE MAYO 2025.pdf	CUENTA DE MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE JUNIO 2025.pdf	CUENTA DE JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE JULIO 2025.pdf	CUENTA DE JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE AGOSTO 2025.pdf	CUENTA DE AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> DOC SEPT ALBA.pdf	DOC SEPT ALBA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE OCT 2025.pdf	CUENTA DE OCT 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE NOV 2025.pdf	CUENTA DE NOV 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

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

DEBE A:

Estephanie Daiana Arguello Castillo
C.C 1019048230 DE Bogota

La suma de TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS (\$3.620.880), por concepto de: prestación de servicios como Medico general en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 1 al 31 de DICIEMBRE del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2423-2025.

Estephanie Arguello

Estephanie Daiana Arguello Castillo
C.C 1019048230 DE Bogota
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 451870093973

BOGOTA

SEÑORES;

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE

DECLARACION JURAMENTADA

Yo Estephanie Daiana Arguello Castillo identificada con cedula 1019048230 de Bogotá, declaro que me encuentro a cargo de la menor Luciana Luna Arguello identificada con registro civil 1014998425, motivo por el cual solicito aplicar el alivio tributario.

Atentamente;

Estephanie Arguello

Estephanie Arguello Castillo

Cedula 1019048230

REPUBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55378139

NUIP 1014998425

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Aprobación Notaría Número 04 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A 3 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C. - - - - -

Datos del inscrito

Primer Apellido LUNA - - - - - Segundo Apellido ARGUELLO - - - - -
Nombre(s) LUCIANA - - - - -

Fecha de nacimiento Año 2016 Mes JUL Día 29 Sexo (en letras) FEMENINO - - - - - Grupo sanguíneo A - - - - - Factor RH POSITIVO - - - - -

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C. - - - - -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - - - - -

Número certificado de nacido vivo 13576574-4-

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ARGUELLO CASTILLO ESTEPHANIE DAIANA - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) C.C 1.019.048.230 DE BOGOTA D.C. - - - - -

Nacionalidad COLOMBIANA - - - - -

Datos del padre

Apellidos y nombres completos LUNA ACUÑA WILMAR ALEXANDER - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) C.C 1.023.874.494 DE BOGOTA D.C. - - - - -

Nacionalidad COLOMBIANA - - - - -

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos LUNA ACUÑA WILMAR ALEXANDER - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) -C.C 1.023.874.494 DE BOGOTA D.C. - - - - -

Firma *[Firma]*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) - - - - -

Firma - - - - -

Datos segunda testigo

Apellidos y nombres completos - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) - - - - -

Firma - - - - -

Fecha de inscripción Año 2016 Mes AGO Día 01

Nombre y firma del funcionario que autoriza CERVELON RODRIGUEZ HERRERA

Nombre y firma *[Firma]*

Reconocimiento paterno

Nombre (firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento) CERVELON RODRIGUEZ HERRERA.

Firma *[Firma]*

ESPACIO PARA NOTAS

TOMO 65 FOLIO 294



REPUBLICA DE COLOMBIA
EL REGISTRARIO DEL
OFICIO DE BOGOTA D.C. 64
El Notario Certifico
que en virtud de lo dispuesto en
el artículo 1113 del Código de Procedimiento Civil
del 11 de mayo de 1970
se inscribió el presente acta de nacimiento en el
libro de este registro el día 24 de enero de 2019
a las 11:25 horas.

[Firma]
24 ENE 2019



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO