Copia Certificada
Subred Suroccidente

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Diana Carolina García Cordoba | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52841249 | |
| CORREO ELECTRONICO: | carittogc@gmail.com | | | | CELULAR: | 3 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (MEDIANA COMPLEJIDAD) USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |

| | | |
|---|---|---|
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % |
| | KE10J10 | 100 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | TIPO DE CUENTA: | AHORRO |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 500068101 | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 792 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 291 | FECHA | 2026-01-19 06:12:54.000 | NÚMERO DE CRP | 11447 | FECHA | 2026-02-01 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PSICOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-03-01 | | 2026-03-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,749,742 | | | | |
| 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: | $15,806,280 |
| VALOR EJECUTADO | $7,499,484 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,749,742 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $8,306,796 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 47% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6007719981 | $1,499,897 | $187,487 | $239,983 | 3 | $36,537 | $464,008 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
Supervisor

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

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente, | Se realizaron intervenciones individuales para adecuado manejo de la crisis en paciente agudo,psicoeducación sobre enfermedad mental, en paciente psiquiatrico que ingresa al servicio de observación, asi como intervención a familias para orientar frente al proceso terapeútico en pro de la estabilidad clinica y emocional de los pacientes. | Historia Clinica |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Todas las entrevistas tanto a pacientes como familiares quedan registradas en el sistema DINAMICA , se llena planilla de asistencia diaria. | Historia Clinica |
| Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Todas las historias clínicas de los pacientes fueron diligenciadas de acuerdo a lo establecido. | Historia Clinica |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred | Asistir a actividades, reuniones y programas establecidos por la subred | Participar en actividades establecidas por la subred |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Generar reportes en el aplicativo de seguridad al paciente | Entrega de reportes aplicativo de seguridad al paciente |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Todas las historias clínicas de los pacientes fueron diligenciadas de acuerdo a lo establecido. | Historia clinica |
| Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio | Se realizaron intervenciones individuales para adecuado manejo de la crisis en paciente agudo, psicoeducación sobre enfermedad mental, en paciente psiquiatrico que ingresa al servicio de observación, asi como intervención a familias para orientar frente al proceso terapeútico en pro de la estabilidad clinica y emocional de los pacientes. | Historia clinica |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación, | Se realizar el diagnostico del paciente, se realizaron entrevistas con los pacientes con el fin de comprender su situación actual ,y brindar acompañamiento emocional y psicologico durante la crisis; Psicoeducación sobre la enfermedad mental,y la importancia de la adherencia al tratamiento y los factores que favorecen su estabilidad clinica y emocional. | Historia clinica |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | se realiza intervención individual y de familia,donde se realiza psicoeducación frente a la enfermedad mental, la adherencia al tratamiento y los factores que favorecen la estabilidad clinica y emocional de los pacientes | Historia clinica |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Registro y entrega de elementos y equipos | Firma de listado de entrega de elementos |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Listado de asistencia y pre o post test diligenciados. | Entrega de listados de asistencia de pre test y post test. |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Consultar lineamientos en la plataforma ALMERA | Verificación y entrega de lineamientos en la plataforma ALMERA |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Verificación y entrega de lineamientos en la plataforma ALMERA | Entrega a tiempo de actividades y reportes en aplicativo Dinamica |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente, | Cumplimiento y entrega a tiempo de las actividades solicitadas por el supervisor | Entrega mes a mes de planilla de pago seguridad social al supervisor del contrato y o subred |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | No programada | No programada |
| realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | No aplica | No aplica |
| Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | No programada | No programada |
| impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes | No aplica | No aplica |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Todas las historias clínicas de los pacientes fueron diligenciadas de acuerdo a lo establecido. | Historia clinica |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
Supervisor

---

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

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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA # 2**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA**

**C.C 52841249 DE BOGOTA**

La suma de TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE $3.749.743 por concepto de: **PSICOLOGA** en el servicio de salud mental, durante el periodo de **01 AL 31 DE MARZO DE 2026** en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. **792-2026**



**DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA**

**C.C. 52841249 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 000500068101**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52841249 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | DIAGONAL 40C SUR # 72J80 | TELÉFONO: | 8165378 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de hospitales y clínicas, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **6007719981** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 5 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/03/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 145001834 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Planilla Pagada

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 281.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 281.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 219.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 219.700** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 42.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 42.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 541.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 2.000** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 543.800** |

Medellín, 24 de marzo de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

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

Que DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA identificado(a) con C52841249 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:C528412492608368929

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

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

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

## Certifica que:

***DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA***

CC ***52841249***

## Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

***Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES***

**Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas**

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *viernes, 20 de marzo de 2026*

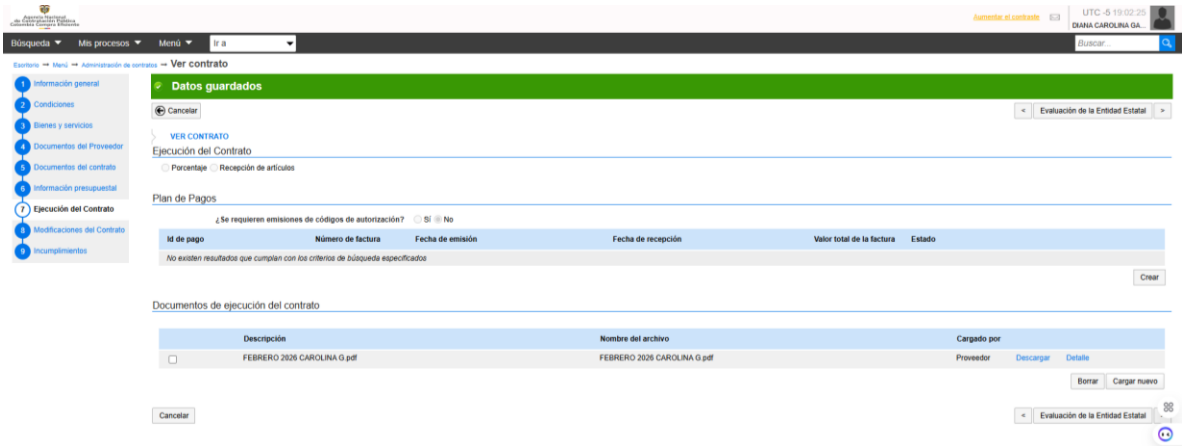
Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

***"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"***

QR de verificación:

BOGOTÁ







## CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 3/24/2026 7:13:17 PM

Señor(a) : DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA a continuación se presenta un resumen del último año de los aportes encontrados en la base de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA con corte a 3/24/2026 7:13:19 PM. Al correo electrónico registrado por usted, le será enviado dentro de las próximas 24 horas el histórico de los pagos reportados en la PILA para el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral y Parafiscales.

| Tipo Aporte | Datos Planilla | | | | Datos del Aportante | | Aportes a Seguridad Social Pagados | | | | Dias aportados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Número Planilla | Operador | Fecha de Pago | Periodo Salud | Identificación | Razón Social | Salud | Pensión | Riesgos L. | Cajas CF | Salud |
| C | 6007719981 | BANCO DAVIVIENDA | 2026-03-16 | 2026-02-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 218900 | 280200 | 42700 | 0 | 30 |
| C | 6002437228 | BANCO DAVIVIENDA | 2026-02-17 | 2026-01-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 218900 | 280200 | 42700 | 0 | 30 |
| C | 7998326901 | BANCO DAVIVIENDA | 2026-01-06 | 2025-12-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7995512501 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-12-09 | 2025-11-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7991408627 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-11-18 | 2025-10-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7985126253 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-10-15 | 2025-09-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7982923993 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-09-01 | 2025-08-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7978666323 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-08-13 | 2025-07-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7974951910 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-07-10 | 2025-06-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7971682633 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-06-12 | 2025-05-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7968080304 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-05-14 | 2025-04-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7969069177 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-04-28 | 2025-03-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 0 | 0 | 30 |
| C | 7969069177 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-04-28 | 2025-03-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 37400 | 0 | 30 |
| C | 7967860071 | BANCO DAVIVIENDA | 2025-04-15 | 2025-03-01 | CC 52841249 | DIANA CAROLINA GARCIA CORDOBA | 191900 | 245600 | 0 | 0 | 30 |

La información dispuesta en esta consulta es la reportada por los operadores de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA. Cualquier inconformidad con el reporte presentado diríjase a su aportante o al operador con el cual se realizó el pago.