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:	KARINA JULIETH CASTRO MONTES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52778382	
CORREO ELECTRONICO:	karinacastro1983@hotmail.com				CELULAR:	3013237699	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10I06	70	KE10B04	30

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A	TIPO DE CUENTA:	AHORRO
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8770124553	PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	230			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	291	FECHA	2026-01-19 06:12:54.000	NÚMERO DE CRP	10925	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-04-01		2026-04-30
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$20,209,548		

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:	$67,729,296
VALOR EJECUTADO	$43,696,320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$20,209,548
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$24,032,976
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	65%

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
9502977565	$4,588,114	$573,514	$734,098	3	$111,766	$1,419,379

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jaime Alberto Goenaga
72161935
Supervisor

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

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) 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 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapeutica de acuerdo con cada paciente registrandose en la historia clinica del aplicativo institucional.	Se alimenta la informacion en la historia clinica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion	Estudios estadisticos y consolidado de informacion para optimizar el recurso de la institucióndad
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos eticos, morales, juridicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cavalidad la mision institucional	no aplica
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.	no aplica

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Jaime Alberto Goenaga
72161935
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

KARINA JULIETH CASTRO MONTES

NIT: 52778382-7
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CL 25 D 80 C 66, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3013237699

Autorización facturación electrónica No. 18764104384822 válida desde 2026-01-08 hasta 2026-07-08 rango desde FE185 hasta FE1000

Regimen Simple de Tributación

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	**900959048**
Nombre o Razón Social:	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**
Dirección:	**CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia**
Teléfono:	**4546800**
Email:	**contabilidad@subredsuroccidente.gov.co**

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	**FE193**
Fecha Emisión	**10/04/2026 17:54:15**
Fecha Vencimiento	**10/05/2026**
Moneda	**COP Colombia, Pesos**
Forma de Pago:	**Crédito**
Medio de Pago:	**Transferencia Crédito Bancario**
Fecha de Pago:	**10/05/2026**
Total de Lineas:	**1**

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000-0	MEDICINA INTERNA horas realizadas en medicina interna en abril	WSD	222,00	$91.034,00				0,00	$20.209.548,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$20.209.548,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$20.209.548,00

CUFE:	0c973be5ab429fdbd4e5447dce62a9bb617854c23a8ce7cbe79e0c96a4b7c8d977bda05ec53df1106a8742f16aa0a471
Total con letra:	(veinte millones doscientos nueve mil quinientos cuarenta y ocho pesos)

Firma Digital: S1lw5OBSWly2QJWXFHKXrncd5B1Bl2eDR1DI9WOl27OrjV+JK1mpHqkkT5kjgMpw
Z+Hu8qTidc0rFEMbitGCfCzU4Z83iF3zu98u1Hdv2f7y8bhQHp
3lTXgCLZ018/0r P6Q/UAKV1Xuc3cRg9Ef3eWuy7ROvGzbvdy2e42QhIrme2JuWRP8Zwf4kKh7AAF+8 BXJ+K+XyTpzfn2fWgcJqtwM0JPOsg5/rptE
RxNHvqDUq3ToezyC4kWOMZX2SCFrE /6cslze5mVLGwrFECfPQhSwHEnCf0KADoNGC+SRtlcE6EvGwoX3c5gtqtQ8m4aVt 6HStaeDYz/SIsIGrbjkb
Jw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52778382		CASTRO MONTES KARINA JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 25 g 74 b 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5488336	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	214413861	9502977565	I	2026/04/22	2026/04/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,663,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	52778382	CASTRO KARINA																		25-14	30	$8,338,896	$1,417,700	EPS005	30	$8,338,896	$1,042,400		0	$0	$0	14-11	30	$8,338,896	$203,200	0	$0	$0	No	$2,663,300
Total	**Afiliados(1)**																						$8,338,896	$1,417,700			$8,338,896	$1,042,400			$0	$0			$8,338,896	$203,200		$0	$0		$2,663,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52778382		CASTRO MONTES KARINA JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 25 g 74 b 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5488336	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	214413861	9502977565	I	2026/04/22	2026/04/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,663,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,417,700	$0	$0	$1,417,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,417,700	$0	$0	$1,417,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$203,200	$0	$0	$203,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$203,200	$0	$0	$203,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,042,400	$0	$0	$1,042,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,042,400	$0	$0	$1,042,400
TOTAL				1	$2,663,300	$0	$0	$2,663,300

Medellín, 22 de abril 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 KARINA JULIETH CASTRO MONTES identificado(a) con C52778382 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:C527783822611268802

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11