

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	KARINA JULIETH CASTRO MONTES		CC:	52778382	
CORREO ELECTRÓNICO:	KARINACASTRO1983@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3013237699	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25G N° 74B - 50		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008770124553

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1330 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 18.530.880
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



KARINA JULIETH CASTRO MONTES
PS_1330_2026_E5EE90

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KARINA JULIETH CASTRO MONTES

CC: 52778382

CEL: 3013237699

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

KARINA JULIETH CASTRO MONTES

CON C.C N°

52.778.382

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 1330 2026

FECHA INICIO CONTRATO

2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

71.807.160

No. HORAS EJECUTADAS

192

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

98.445.300

VALOR DE HONORARIOS

PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 18.530.880

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

ITEM

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, garantizando una atención oportuna, segura, empática y centrada en el paciente, respetando su dignidad, autonomía, creencias, valores y necesidades biopsicosociales, procurando siempre el mejoramiento de su estado de salud y bienestar integral.
2. Brindar atención en salud con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertinencia, garantizando un trato digno, respetuoso, empático y centrado en el paciente y su familia, en concordancia con los principios institucionales.
3. Informar de manera clara, comprensible y oportuna al paciente y su familia sobre la condición clínica, evolución, plan terapéutico, riesgos, beneficios, pronóstico y recomendaciones, promoviendo la toma de decisiones informadas y la satisfacción con la atención recibida.
4. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención.
5. Garantizar la continuidad del proceso asistencial mediante la comunicación efectiva de la información clínica relevante al equipo de salud, asegurando que el estado del paciente, las conductas instauradas y las recomendaciones queden claramente registradas de manera completa, oportuna, legible y veraz; así como, las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas, incluyendo consentimientos informados, reportes de estudios y demás soportes exigidos por la normatividad vigente preservando la confidencialidad y reserva de la información clínica y de los registros asistenciales.
6. Contribuir en investigaciones clínicas, estudios de casos y análisis orientados a la mejora continua de la atención y a la resolución de problemáticas propias de su especialidad. Apoyar las actividades de docencia en servicio y formación del talento humano en salud, cuando sea requerido.
7. Notificar oportunamente los sucesos de seguridad del paciente que se presenten durante la atención, participando en los análisis y en la implementación de acciones de mejora definidas. Así como reportar oportunamente los eventos de notificación obligatoria conforme a los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente.
8. Apoyar las actividades relacionadas con los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud.
9. Prestar los servicios conforme a la programación de actividades de acuerdo a las necesidades de los servicios concertados con la supervisión del contrato, informando oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, facilitando la adopción de medidas que garanticen la prestación del servicio.
10. Contribuir con la elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales.
11. Contribuir con la elaboración de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atención demás relacionados.
12. Contribuir con el proceso de respuesta relacionado con auditoría de cuentas, con el fin de prevenir glosas definitivas u objeciones.
13. Cumplir con los compromisos adquiridos relacionados con planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos formulados por la supervisión del contrato.
14. Asistir y participar activamente a jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y demás espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual.
15. Utilizar adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos suministrados por la subred para el desarrollo de las actividades contratadas. Responder por la reposición o reparación de equipos cuando el daño sea atribuible a negligencia o uso inadecuado; ejerciendo su custodia entendida como la responsabilidad por su cuidado, conservación, uso adecuado control y seguridad mientras permanezca bajo su asignación y uso. Reportar al área correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atención asistencial.

1

16. Acreditar inscripción y habilitación vigente en RETHUS, MIPRES y RUAF de acuerdo a su objeto contractual. Portar el carné institucional durante la ejecución de las actividades contractuales.
17. Acreditar el pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato.
18. Cumplir con las demás actividades propias del objeto contractual y aquellas asignadas por la supervisión.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9504594588	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/12	\$ 1.010.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 1.374.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 197.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.582.000

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



KARINA JULIETH CASTRO MONTES
PS_1330_2026_E5EE90

KARINA JULIETH CASTRO MONTES

CC: 52778382

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_1330_2026_E5EE90

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

PS_1330_2026_E5EE90

DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52728392		CASTRO MONTES KARINA JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 25 g 74 b 50	BOGOTA-BOGOTA D. E.	5488336	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Planilla	Fecha		Banco	Pago		
							Limite	Pago		Dias Mora	Valor	
2026-04	2026-04	302121136	9504594588		1		2026/05/22	2026/05/12	BANCO DAVIVIENDA		0	\$2,582,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,374,500	\$0	\$0	\$1,374,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,374,500	\$0	\$0	\$1,374,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$197,000	\$0	\$0	\$197,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$197,000	\$0	\$0	\$197,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,010,500	\$0	\$0	\$1,010,500
SANTITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,010,500	\$0	\$0	\$1,010,500
TOTAL				1	\$2,582,000	\$0	\$0	\$2,582,000



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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



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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1330 2026 CRP -8604.pdf	1 PS 1330 2026 CRP -8604.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

Ayuda Español (Colombia) ▼

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026.

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:	900959051
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Dirección:	CL 34 36 11, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE EXPORTACIÓN	
No. de Factura	FE194
Fecha Emisión	11/05/2026 12:20:01
Fecha Vencimiento	11/06/2026
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	11/06/2026
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 UCI EN MAYO	WSD	192,00	\$96.515,00				0,00	\$18.530.880,00
Impuesto Base Tarifa / Valor Nominal Importe						Subtotal:			\$18.530.880,00	
						Cargos:			\$0,00	
						Descuento:			\$0,00	
						Total:			\$18.530.880,00	

CUFE:	bab903674fcdf050742dfb562daa821f46cb095c932c750367bfbd3fb1a7f67bad60b6e2bcf213ea8362fa48cb95af
Total con letra:	(dieciocho millones quinientos treinta mil ochocientos ochenta pesos)

Firma Digital: joCekdlIqTG7IsEI8DxM9dRaCzcgO6L3wFisM1LOyijeZU0nPFuytTmRHzzsesYy RaSGD2UqThIFpw0Yb9h7+q9T7C8TVeg1ul9/9cVzpFJNEXUJfz ETOXYZNioD+1QD 0U4h2hIFs3ORqfO+dsZxg0+rzu56hPaoCosSCDFuBtB1miy9dydAJHGHjS5mAVv 7UWCr7Nq/pVkdQR279tC8n5k7AOjxozWEbm 5OSPmNmUsjG2/J3V0vLWonXUOR9Qm n43txYoLQB3p4QHrj6JW1qb6t3NxAAGcJpsj494WkfpnoJJdsvT3rx6t6d4v6rdb pp1oj1LiY4eFA04XgREI 8w==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026.

Representación Gráfica de la Factura de Exportación Electrónica.

