

**DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01/2026**

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

NIT 900.959.048-4

DEBE A:

**MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ**  
**31835844**

La suma DE 3.381.600 PESOS (TRES MILLONES TRECIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS PESOS MC/T) y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional de acuerdo al requerimiento institucional del periodo de 6 de abril al 30 de Abril del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No : 3559-2026

*MARIA O SALINAS*

**MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ**

CUENTA DE AHORROS BANCO

DAVIVIENDA 007590299934





Medellín, 04 de mayo 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 MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ identificado(a) con C31835844 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.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C318358442612448169

## Datos Generales Del Aportante

| Identificación | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Correo Electrónico  | Ciudad-Departamento | Celular    |
|----------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------|
| CC 31835844    |    | SALINAS SANCHEZ MARIA OTILIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | motysal21@gmail.com | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3165391972 |

**Clave:** 9503901583

**Periodo Pensión: 2026-03**

**Periodo Salud: 2026-03**

| Pague hasta | Dias de Mora | Valor Mora | Total a Pagar    |
|-------------|--------------|------------|------------------|
| 2026/04/27  | 13           | \$2,400    | <b>\$264,500</b> |
| 2026/04/28  | 14           | \$2,600    | \$264,700        |
| 2026/04/29  | 15           | \$2,800    | \$264,900        |
| 2026/04/30  | 16           | \$2,900    | \$265,000        |

| Riesgo                      | Administradoras | Afiliados | Total a Pagar    |
|-----------------------------|-----------------|-----------|------------------|
| ARL                         | 1               | 1         | \$43,200         |
| ARL SURA                    |                 | 1         | \$43,200         |
| EPS                         | 1               | 1         | \$221,300        |
| FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN |                 | 1         | \$221,300        |
| <b>SUBTOTAL</b>             |                 |           | <b>\$264,500</b> |
| <b>TOTAL</b>                |                 |           | <b>\$264,500</b> |

## Canales de Pago

BANCARIOS

NO BANCARIOS



Cajas registradoras de los almacenes  
Monto máximo por transacción \$9.999.999

## Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                   |                |          |               |                              |            |      |          |                 |            |     |      |                    |       |     |         |                   |       |                     |        |        |         |          |        |                       |        |        |        |      |                       |
|-------------------------------------------------|----------------|----------|---------------|------------------------------|------------|------|----------|-----------------|------------|-----|------|--------------------|-------|-----|---------|-------------------|-------|---------------------|--------|--------|---------|----------|--------|-----------------------|--------|--------|--------|------|-----------------------|
| Identificación                                  |                |          | dv            | Razon Social                 |            |      |          | Clase Aportante |            |     |      | Sucursal Principal |       |     |         | Direccion         |       | Ciudad-Departamento |        |        |         | Teléfono |        | Exonerado SENA e ICBF |        |        |        |      |                       |
| CC 31835844                                     |                |          |               | SALINAS SANCHEZ MARIA OTILIA |            |      |          | INDEPENDIENTE   |            |     |      | PRINCIPAL          |       |     |         | CARRERA 74 # 0-24 |       | BOGOTA-BOGOTA D.E.  |        |        |         | 9216413  |        | 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  |               |                              | 9503901583 |      | I        |                 | 2026/04/14 |     |      |                    |       |     |         | 13                |       |                     |        |        |         |          |        |                       |        |        |        |      |                       |
| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |          |               |                              |            |      |          |                 |            |     |      |                    |       |     |         |                   |       |                     |        |        |         |          |        |                       |        |        |        |      |                       |
| EMPLEADO                                        |                |          | NOVEDADES     |                              |            |      |          |                 |            |     |      |                    |       |     | PENSION |                   | SALUD |                     | CCF    |        | RIESGOS |          |        | PARAFISCALES          |        |        |        |      |                       |
| No.                                             | Identificación | Nombre   | in g          | re t                         | ta e       | td p | td p     | vsp             | cor        | vst | sln  | ige                | lm a  | vac | avp     | vc t              | irt   | vi p                | Codigo | Dias   | Codigo  | Dias     | Codigo | Dias                  | Codigo | Dias   | Tarifa | Dias | Exonerado SENA e ICBF |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |          |               |                              |            |      |          |                 |            |     |      |                    |       |     |         |                   |       |                     |        |        |         |          |        |                       |        |        |        |      |                       |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |                |          |               |                              |            |      |          |                 |            |     |      |                    |       |     |         |                   |       |                     |        |        |         |          |        |                       |        |        |        |      |                       |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) |                |          |               |                              |            |      |          |                 |            |     |      |                    |       |     |         |                   |       |                     |        |        |         |          |        |                       |        |        |        |      |                       |
| 1                                               | CC             | 31835844 | SALINAS MARIA |                              |            |      |          |                 |            |     |      |                    |       |     |         |                   |       |                     | 0      | MINO02 | 30      |          | 0      | 14-11                 | 30     | 2.436% | 0      | No   |                       |
| Total Afiliados( 1)                             |                |          |               |                              |            |      |          |                 |            |     |      |                    |       |     |         |                   |       |                     |        |        |         |          |        |                       |        |        |        |      |                       |

| RESUMEN DE PAGO             |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |
|-----------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO                      | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)    |        |             |    | 1         | \$42,800         | \$400          | \$0                    | \$43,200         |
| ARL SURA                    | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,800         | \$400          | \$0                    | \$43,200         |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)    |        |             |    | 1         | \$219,300        | \$2,000        | \$0                    | \$221,300        |
| FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN | MIN002 | 901,037,916 | 1  | 1         | \$219,300        | \$2,000        | \$0                    | \$221,300        |
| <b>TOTAL</b>                |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$262,100</b> | <b>\$2,400</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$264,500</b> |

**EL CENTRO INTEGRAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS – CITSE, DE LA CAJA DE  
SUELDOS DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL**

**HACE CONSTAR QUE:**

El señor **AG** (RA) de la Policía Nacional **SALINAS SANCHEZ MARIA OTILIA**, identificado con **CC 31835844**, ostenta la calidad de retirado de la Policía Nacional y devenga asignación mensual de retiro por cuenta de la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, de la cual se descuenta el **4%** para servicios médicos, prestados por SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL.

Se expide la presente a solicitud del interesado.

Dada en Bogotá D.C - Colombia, **veinticinco de abril de dos mil veintiséis.**



**LILIANA LOPEZ AVELLA**

Coordinadora Grupo de Centro Integral de Trámites y Servicios

[www.casur.gov.co](http://www.casur.gov.co)

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                         |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                           |                                                                         |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                         |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | MARIA OTILIA SALINAS SANCHEZ                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                                     | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 31835844   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | motysal21@gmail.com                                                     |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 6014642487 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                                         |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | U C S SCJ-2201-2025 SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA USS PABLO VI BOSA |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | PA16V07-10        | 100                       |                                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A      |                                                                         |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   | 570007590299934           |                                                                         |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | SI         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3559                      |                                                                         |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1100              | FECHA                     | 2026-05-12 10:18:08.000                                                 | NÚMERO DE CRP       | 21604                            | FECHA         | 2026-05-28 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                                                   | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                         | 2026-04-06          |                                  |               | 2026-04-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                                         | \$3,381,600         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                                         |                     | \$8,530,240                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                         |                     | \$4,195,200                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                                         |                     | \$3,381,600                      |               |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                                         |                     | \$0                              |               |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                                         |                     | \$4,335,040                      |               |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                                         |                     | 49%                              |               |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 9503901583                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                 | \$145,364                                                               | 3                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                           |                                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                           | ACTIVIDADES                                                                                                                                          | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia. | 1. Realizar la valoración inicial de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia. | 1. Se realizan las inspecciones iniciales de ingreso para identificar lesiones, alteraciones físicas o conductuales y definir la pertinencia de la estancia o la activación de la ruta para traslado de ciudadanos por condición de salud mediante línea al 123, o por medio de comentario del caso a la referente clínica y administrativa del contrato por parte de la sub red. |
| 2. Efectuar la valoración periódica durante la estancia, aplicando tamizajes como ASSIST y SRQ cuando corresponda                                    | 2. Efectuar la valoración periódica durante la estancia, aplicando tamizajes como ASSIST y SRQ cuando corresponda.                                   | 2. Se realizan valoraciones de ingreso para definir plan de manejo dentro del CTP. Se realizan tamizajes de salud mental y consumo (ASSIST y SRQ cuando corresponda). Se utiliza las herramientas socializadas y estipuladas por la subred. Se realizan seguimientos y monitoreos de valoración periódica durante la estancia. Se aplican tamizajes como.                         |
| 3. Identificar y canalizar oportunamente los riesgos en salud, activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS.     | 3. Identificar y canalizar oportunamente los riesgos en salud, activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS.     | 3. Se Identificaron y canalizaron según los riesgos en salud de los ciudadanos activando rutas de atención en coordinación con el equipo psicosocial y las RIAS. Soporte herramienta de valoración.                                                                                                                                                                               |
| 4. Participar en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.                | 4. Participar en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.                | 4. Se participo en juntas de análisis de casos con el equipo interdisciplinario, aportando criterio técnico para la toma de decisiones.                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5. Apoyar en el desarrollo de talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas.                 | 5. Apoyar en el desarrollo de talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas.                 | 5. Se realizaron talleres de socialización y prevención en temas de salud mental, consumo de SPA, violencias y traumas. Se entrega soporte de la ejecución de taller y educación brindada.                                                                                                                                                                                        |
| 6. Mantener una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, promoviendo la empatía, el respeto y la contención terapéutica.                 | 6. Mantener una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, promoviendo la empatía, el respeto y la contención terapéutica.                 | 6. Se garantizó una comunicación asertiva y humanizada con los usuarios, se promovió la empatía, el respeto y la contención terapéutica. Se presto el servicio bajo habilidades para el trabajo en equipo, comunicación efectiva, orientación al detalle, tolerancia a la presión y sensibilidad social, esenciales para brindar una atención segura y humanizada en el CTP.      |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
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