| 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 | 1146 | FECHA | 2026-05-14 15:16:14.000 | NÚMERO DE CRP | 20075 | FECHA | 2026-05-28 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2026-06-01 | | 2026-06-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $16,932,324 | | | | | |
| 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: | $101,047,740 |
| VALOR EJECUTADO | $84,661,620 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $16,932,324 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $16,386,120 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 84% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9506256010 | $9,613,190 | $1,201,649 | $1,538,110 | 3 | $234,177 | $2,973,937 |

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

Jaime Alberto Goenaga
72161935
Supervisor

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

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
**Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2026 hasta: 30/06/2026.**

**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: | 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 | FE198 |
| Fecha Emisión | 23/06/2026 10:26:50 |
| Fecha Vencimiento | 10/07/2026 |
| Moneda | COP Colombia, Pesos |
| Forma de Pago: | Crédito |
| Medio de Pago: | Transferencia Crédito Bancario |
| Fecha de Pago: | 10/07/2026 |
| Total de Lineas: | 1 |

| # | Código | Descripción | U. M. | Cantidad | Precio U. | Impuestos | | | Dcto. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 85100000 -0 | MEDICINA INTERNA<br>horas realizadas en medicina interna<br>junio | WSD | 186,00 | $91.034,00 | | | | 0,00 | $16.932.324,00 |

| Impuesto | Base | Tarifa / Valor Nominal | Importe |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Subtotal: | $16.932.324,00 |
| Cargos: | $0,00 |
| Descuento: | $0,00 |
| Total: | $16.932.324,00 |

| | |
|---|---|
| CUFE: | 1d99c4d9ca14f4734b9624412846f8eea243885d7f13983ca258fec9f21b843afd831dc4a6b4b5c87a209cb1d453fba4 |
| Total con letra: | (dieciseis millones novecientos treinta y dos mil trescientos veinticuatro pesos ) |

**Firma Digital:** qDl1BOm3l8RQLZQxOXQxtdKNP1uvr7jTmBkvscT519AhkfbXgwK/JSy5fb71kvV5
m4je2IbFVGnmeZn6pTuFRfnE8h5gdg9yuYeIHwBEyctn5LFiib
rzUhTxPrOgg+Zy LuRglVSUrVrOYJ9gaM65GWuYYk0mx6YV/YMOldLPGkrrf14k4V5wcHReaB5eJZfQ lHurtwAosgPmFyJZsJcNPnAzoCY9Ct7E8Gf
YKSdLYYQ16284y/dF1Ej97x13d6Cm AXEgd6Y7jeGjQBo/fvstYK9FMD2C0yIev+UwNA5XDLoCCdEH4XKdwrNCEvfvFMXb DOjJj3JCvEEWRf/GI/Kc
jA==

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: 01/06/2026 hasta: 30/06/2026.**

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

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 |
| 2026-05 | 2026-05 | 384220604 | 9506256010 | I | 2026/06/22 | 2026/06/12 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $3,070,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $9,613,190 | $1,634,400 | | | $9,613,190 | $1,201,700 | | | $0 | $0 | | | $9,613,190 | $234,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $9,613,190 | $1,634,400 | | | $9,613,190 | $1,201,700 | | | $0 | $0 | | | $9,613,190 | $234,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $9,613,190 | $1,634,400 | | | $9,613,190 | $1,201,700 | | | $0 | $0 | | | $9,613,190 | $234,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52778382 | CASTRO KARINA | 25-14 | 30 | $9,613,190 | $1,634,400 | EPS005 | 30 | $9,613,190 | $1,201,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $9,613,190 | $234,200 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $9,613,190 | $1,634,400 | | | $9,613,190 | $1,201,700 | | | $0 | $0 | | | $9,613,190 | $234,200 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

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 |
| 2026-05 | 2026-05 | 384220604 | 9506256010 | I | 2026/06/22 | 2026/06/12 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $3,070,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,634,400 | $0 | $0 | $1,634,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $1,634,400 | $0 | $0 | $1,634,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $234,200 | $0 | $0 | $234,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $234,200 | $0 | $0 | $234,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,201,700 | $0 | $0 | $1,201,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $1,201,700 | $0 | $0 | $1,201,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $3,070,300 | $0 | $0 | $3,070,300 |

Medellín, 22 de junio 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:C527783822617335635

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13