

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                |                     | 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         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                            | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 39766240   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | doriscasallas2009@hotmail.com                                  |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3227674176 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | ADM SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD USS 36 ASUNCIÓN BOCHICAA |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU46U01           | 100                      |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                                |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 9070230025                                                     |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1500                     |                                                                |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1079              | FECHA                    | 2026-05-11 14:52:58.000                                        | NÚMERO DE CRP       | 17737                            | FECHA         | 2026-05-28 00:00:00.000                                                             |            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                          | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                | 2026-06-01          |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                | \$2,601,582         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                          |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                |                     |                                  | \$15,609,492  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                |                     |                                  | \$13,007,910  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                |                     |                                  | \$2,601,582   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                |                     |                                  | \$2,601,582   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                |                     |                                  | 83%           |                                                                                     |            |
| El interventor o supervisor del contrato <b>CERTIFICA QUE:</b>                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 4653772358                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,040,633       | \$130,079                | \$166,501                                                      | 3                   | \$25,350                         | \$321,930     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                          |                                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| LADY HICEL MORENO ORTEGON<br>1013607929<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.Consolidación de la información necesaria para la estructuración y reporte de información institucional de producción                                                                                                                                                                                                                                                                     | Consolidación de la información necesaria para la estructuración y reporte de información institucional de producción                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se entregan informes de Gestión y producción.                                                                                     |
| 2. Generar los soportes necesarios para la estructuración de informes normativos o de acuerdo con los requerimientos establecido                                                                                                                                                                                                                                                            | Generar los soportes necesarios para la estructuración de informes normativos o de acuerdo con los requerimientos establecido                                                                                                                                                                                                                                                            | Se generan reportes de dinamica que soportan la información.                                                                      |
| 3. Elaborar y gestionar los requerimientos contractuales, incluyendo adiciones, prórrogas, informes de liquidación y demás documentos necesarios para los procesos de contratación, así como verificar y revisar la documentación exigida del personal a contratar, garantizando el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y administrativos establecidos por la entidad;         | Elaborar y gestionar los requerimientos contractuales, incluyendo adiciones, prórrogas, informes de liquidación y demás documentos necesarios para los procesos de contratación, así como verificar y revisar la documentación exigida del personal a contratar, garantizando el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y administrativos establecidos por la entidad;         | Se gestiona los requerimientos, adiciones, prórrogas según sean necesarios, coordinado con la líder                               |
| 4. Elaborar las agendas de atención en consulta en el formato institucional, de conformidad con los lineamientos definidos por el líder del proceso, garantizando la adecuada programación                                                                                                                                                                                                  | Elaborar las agendas de atención en consulta en el formato institucional, de conformidad con los lineamientos definidos por el líder del proceso, garantizando la adecuada programación                                                                                                                                                                                                  | Se realizara las agendas en el formato institucional según se requieran                                                           |
| 5. Participar activamente en las reuniones programadas, conforme a las actividades establecidas, así como realizar la logística necesaria para la organización y desarrollo de las reuniones convocadas por el líder del proceso;                                                                                                                                                           | Participar activamente en las reuniones programadas, conforme a las actividades establecidas, así como realizar la logística necesaria para la organización y desarrollo de las reuniones convocadas por el líder del proceso;                                                                                                                                                           | Asistir a las reuniones programadas, según lo establecido por el jefe y participar en la logística de las actividades programadas |
| 6. Establecer y reportar alertas al líder del proceso para el control oportuno y efectivo de la operación en las sedes, relacionadas con la oportunidad de citas, agendas vacías o bloqueadas, novedades del personal e inasistencias, entre otros                                                                                                                                          | Establecer y reportar alertas al líder del proceso para el control oportuno y efectivo de la operación en las sedes, relacionadas con la oportunidad de citas, agendas vacías o bloqueadas, novedades del personal e inasistencias, entre otros                                                                                                                                          | Informas al lider de las novedades presentadas en las agendas                                                                     |
| 7. Realizar los reportes de necesidades de la sede a través de la mesa de ayuda y de equipos biomédicos mediante el aplicativo ALMERA o el correo institucional, de acuerdo con los lineamientos del líder de la sede, incluyendo la actualización mensual de la base de talento humano, Asegúrate y la concertación de horas del personal de la sede, entre otras actividades relacionadas | Realizar los reportes de necesidades de la sede a través de la mesa de ayuda y de equipos biomédicos mediante el aplicativo ALMERA o el correo institucional, de acuerdo con los lineamientos del líder de la sede, incluyendo la actualización mensual de la base de talento humano, Asegúrate y la concertación de horas del personal de la sede, entre otras actividades relacionadas | Realizar los Ticket necesario para reportar o solicitar las ayudas necesarias para la mejora de una mejor atención                |
| 8. Elaborar las actas de las reuniones que delegue el líder de la sede, de acuerdo con los lineamientos institucionales, y cargarlas en el aplicativo ALMERA dentro de los tiempos establecidos                                                                                                                                                                                             | Elaborar las actas de las reuniones que delegue el líder de la sede, de acuerdo con los lineamientos institucionales, y cargarlas en el aplicativo ALMERA dentro de los tiempos establecidos                                                                                                                                                                                             | Se realizaran las actas necesarias según se requieran                                                                             |
| 9. Apoyar la gestión y el análisis de las manifestaciones (PQRS) que se presenten en la sede, utilizando el formato institucional y dando cumplimiento a los tiempos establecidos por la institución;                                                                                                                                                                                       | Apoyar la gestión y el análisis de las manifestaciones (PQRS) que se presenten en la sede, utilizando el formato institucional y dando cumplimiento a los tiempos establecidos por la institución;                                                                                                                                                                                       | Dar respuesta a las PQR con el VoBo por el líder                                                                                  |
| 10. Revisar y gestionar el aplicativo AGILSALUD, de acuerdo con las actividades delegadas por el líder, garantizando una gestión oportuna;                                                                                                                                                                                                                                                  | Revisar y gestionar el aplicativo AGILSALUD, de acuerdo con las actividades delegadas por el líder, garantizando una gestión oportuna;                                                                                                                                                                                                                                                   | Revisar diariamente el aplicativo Agilsalud para dar respuesta a lo que se requiere garantizando las respuestas oportunas         |
| 11. Manejar el aplicativo Dinámica Gerencial, incluyendo la carga de agendas en reserva y la realización de llamados a los pacientes por diferentes motivos, tales como reprogramación de agendas, recordación de citas y demanda inducida, entre otros, de acuerdo con los lineamientos y actividades delegadas por el líder del proceso, garantizando una gestión oportuna                | Manejar el aplicativo Dinámica Gerencial, incluyendo la carga de agendas en reserva y la realización de llamados a los pacientes por diferentes motivos, tales como reprogramación de agendas, recordación de citas y demanda inducida, entre otros, de acuerdo con los lineamientos y actividades delegadas por el líder del proceso, garantizando una gestión oportuna                 | Se maneja el aplicativo de Dinámica para consultar agendas y apoyar en citas según se requiera en el servicio                     |
| 12. Revisar los correos institucionales y gestionar los asuntos delegados por el líder, garantizando su atención oportuna                                                                                                                                                                                                                                                                   | Revisar los correos institucionales y gestionar los asuntos delegados por el líder, garantizando su atención oportuna                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se revisa el correo diariamente                                                                                                   |

|                                                                                                                              |                                                                 |                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 13. Ejecutar las demás actividades afines con el objeto contractual                                                          | Ejecutar las demás actividades afines con el objeto contractual | Se cumple con las actividades del contrato y las demás según se requieran |
| <p>LADY HICEL MORENO ORTEGON<br/>1013607929<br/>Supervisor</p>                                                               |                                                                 |                                                                           |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>  |                                                                 |                                                                           |
| <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p> |                                                                 |                                                                           |

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                 |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA            | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 39766240             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | DORIS LILI CASALLAS CASTIBLANCO |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL         | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL        |
| DIRECCIÓN:                                                                | KR 2 A - 137 - 64 SUR           | TELÉFONO: 2000000                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                         | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                           |                                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                              |                                                |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                    |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>4653772358</b> | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: mayo         | PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo       |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026         | SALUD: AÑO: 2026                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 6                 |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2026/06/16        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9997146309    |

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

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                    |            |              |
|-----------------------|--------|--------------------|------------|--------------|
|                       |        |                    | TOTALES    |              |
|                       |        |                    | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 9003360047            | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES | 1          | \$ 281.500   |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 281.500   |
|                       |        |                    |            |              |
| SALUD                 |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 8300035647            | EPS017 | EPS017-FAMISANAR   | 1          | \$ 219.900   |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 219.900   |
|                       |        |                    |            |              |
| 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:          | \$ 2.500          |
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 544.300</b> |

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTUTA  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO  
CC 39.766.240 DE BOGOTÁ

La suma de \$ **Dos millones seiscientos un mil quinientos ochenta y dos** pesos M/CTE. \$ 2.601.582 por concepto de: Prestación de Servicios como: Apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el proceso de Dirección Servicio Ambulatorio durante el periodo de 1 al 30 de junio del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1500/2026

FIRMA



NOMBRES Y APELLIDO

CONTRATISTA CC 39.766.240 DE

BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570009070230025



[Aumentar el contraste](#)



UTC -2 12:03:33

Doris Lily Casall...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)

**VER CONTRATO**

3 [Bienes y servicios](#)

**Ejecución del Contrato**

4 [Documentos del Proveedor](#)

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

**Plan de Pagos**

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 [Modificaciones del Contrato](#)

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

9 [Incumplimientos](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

|                          | Descripción                           | Nombre del archivo                    | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | cta febrero 2026 DORIS CASALLAS.pdf   | cta febrero 2026 DORIS CASALLAS.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTA MARZO DORIS CASALLAS 2026.pdf     | CTA MARZO DORIS CASALLAS 2026.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTA de Cobro Abril Doris Casallas.pdf | CTA de Cobro Abril Doris Casallas.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CTA MES DE MAYO 2026.pdf              | CTA MES DE MAYO 2026.pdf              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Medellin, 25 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO** con documento de identidad **C39766240**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

| Información general de la afiliación |            |                                                                         |                     |             |                 |                 |                  |
|--------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Fecha inicio                         | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo   | Código C.T  | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
| 2024-07-01                           | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000 001 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |

- **Medellín** 604 4444578
  - **Bogotá** 601 4055911
  - **Cali** 602 3808938
  - **Pereira** 606 3138400
- **Manizales** 606 8811280
  - **Bucaramanga** 607 6917938
  - **Cartagena** 605 6424938
  - **Barranquilla** 605 3197938
- **Líneas de atención** 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
  - **Línea de conciliación ARL** 3103157562
  - **sura.co/arl**



# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO***

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

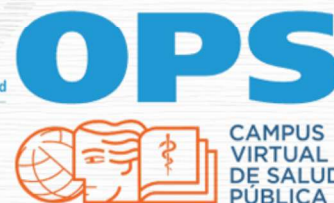
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

24 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=cc7b5371-e263-446e-baac-f3392ef31da3>

## FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 24-jun-2026

El futuro  
es de todosGobierno  
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural  
(LEY 190 DE 1995)

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 39766240 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección cra 2A No 137-64 sur

Teléfonos 3227674176 3227674176

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS            | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|--------------------------------|------------------------|------------|
| JEISSON ANDREY MARTIN CASALLAS | 1022965550             | Hijo(a)    |
| MARIA CAMILA MARTIN CASALLAS   | 1032489973             | Hijo(a)    |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE  
RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 2.426.783,00  |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 29.121.396,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 31.548.179,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA    | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| Banco Davivienda   | Cuenta de ahorros | 0570009070230025    | KENEDY            | \$ 0,00            |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR            |
|--------------|-------------------------|------------------|
| Lote         | 050S01120943            | \$ 45.000.000,00 |

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA   | CONCEPTO                 | VALOR            |
|---------------------|--------------------------|------------------|
| BANCO DE DAVIVIENDA | PRESTAMO LIBRE INVERSION | \$ 35.000.000,00 |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>El futuro<br/>es de todos</div> <div>Gobierno<br/>de Colombia</div> | <div>FORMULARIO ÚNICO</div> <div>DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y<br/>RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA</div> <div>Persona Natural</div> <div>(LEY 190 DE 1995)</div> | <div>ENTIDAD RECEPTORA</div> <div>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Sur Occidente E.S.E.</div> <div></div> <div>Última Actualización: 24-jun-2026</div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |

c) En la actualidad: SI ☒ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS        | TIPO DOCUMENTO                                                                            | NÚMERO DOCUMENTO |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| JOSE MANUEL MARTIN SANCHEZ | C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> | 80380902         |

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |

3. FIRMA

Firma electrónica:  
DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO 24/06/2026 13:29:56

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 24-jun-2026

CIUDAD Y FECHA

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

**Certifica que:**

**DORIS LILY CASALLAS CASTIBLANCO**

**CC 39766240**

**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 *miércoles, 25 de marzo de 2026***

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

*Andrea Elizabeth Hurtado Nera*  
Gerente

***“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”***



QR de  
verificación:

  
**BOGOTÁ**