Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	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	1570	FECHA	2026-07-16 14:58:49.000	NÚMERO DE CRP	25414	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-07-01		2026-07-31		
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:	$122,895,900
VALOR EJECUTADO	$104,871,168
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,932,324
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$18,024,732
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	85%

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
9507700047	$6,772,930	$846,616	$1,083,669	3	$164,989	$2,095,274

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA
79958427
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

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA
79958427
Supervisor

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

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

KARINA JULIETH CASTRO MONTES

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

Autorización facturación electrónica No. 18764113027921 válida desde 2026-07-24 hasta 2027-01-24 rango desde FE200 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	**FE200**
Fecha Emisión	**27/07/2026 14:43:13**
Fecha Vencimiento	**10/08/2026**
Moneda	**COP Colombia, Pesos**
Forma de Pago:	**Crédito**
Medio de Pago:	**Transferencia Crédito Bancario**
Fecha de Pago:	**10/08/2026**
Total de Lineas:	**1**

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000 -0	MEDICINA INTERNA horas realizadas en julio	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:	d97e041ee2f16998924bb8a04133be9c4e10b569fd4d3802e09e8de2dd0b174bf730ba0d296ce74be22f0b7210e4f231
Total con letra:	(dieciseis millones novecientos treinta y dos mil trescientos veinticuatro pesos)

Firma Digital: cXsrTcW3xbpE5ZHa++POcRGtrDFvd3KBGFmudt49OBAGID/mNw1ttXt5HEbjxhKF
7HeHogIboFdhUoIUSC2mqkNoAcfVjZPdhsYq6tm/bY9KXBXmUI
v911Lmjdj7sbzm 1kkms9XmE1RrJHl8wTLDOQvQMBqp8z98Wd7oD33qKFAFYsNySk6PcdV7qFhsAGRO Mst5qsQ56K7/KJ8o6AjybxfiD4ytJZrHsCJ
tN+cuOcNJ4nuJ52+yEmfO2EhRe1Bb 4Qqa3ynpx2zLnkiEp7DRRFXqN4huCxYdNBK1G2eGj+OGcWuRwQs3ki1sHZAzXen9 xez/ZQZOYNgbyjoX3NS3
qg==

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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: 31/07/2026.

Autorización facturación electrónica No. 18764113027921 válida desde 2026-07-24 hasta 2027-01-24 rango desde FE200 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	FE201
Fecha Emisión	27/07/2026 14:44:40
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 horas realizadas adicionales junio	WSD	36,00	$91.034,00				0,00	$3.277.224,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$3.277.224,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$3.277.224,00

CUFE:	2d5545f26902074c32c3366b0985cdab7682d673ae61174b07b5b9c0c73ba401a6d370efe00f4c563bcc7ad028849790
Total con letra:	(tres millones doscientos setenta y siete mil doscientos veinticuatro pesos)

Firma Digital: buEzRlDOV4r8RxvPvug8gEHqLS/nu23Lpln9m7uBlyOkmWIhcSEIvmUDvq2XWvdY
23Tew+dUiotDNtZHAR3ud0K0172xLqQCeQQvdvsYUIO7hxlwu/
UxlyqRGOPXpsT7 107KQxsk2eLcy+qyFM7MHtTIOyGtn79CzzNZLEdIJEW57+McBr01GRV1VwNsGVPt JGwTvNKI2YCZNjgraaDCfYs4AlvnCWYIOwz
8Ti2omgzm2QjGWhoh2p5UsQX3OmUU rAxCXrf2LUinlBprsVuMBFfcUsj+5HkqlaZli4IZBcDsphig/pkqezuCqopSoyHv uKLxmwvCnlUYLgLhgbAr
KA==

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: 31/07/2026.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8

facturatech

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
2026-06	2026-06	463299435	9507700047	I	2026/07/22	2026/07/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,255,100

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)					$10,191,984	$1,732,800			$10,191,984	$1,274,000			$0	$0			$10,191,984	$248,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,191,984	$1,732,800			$10,191,984	$1,274,000			$0	$0			$10,191,984	$248,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$10,191,984	$1,732,800			$10,191,984	$1,274,000			$0	$0			$10,191,984	$248,300		$0	$0
1	CC 52778382	CASTRO KARINA	25-14	30	$10,191,984	$1,732,800	EPS005	30	$10,191,984	$1,274,000		0	$0	$0	14-11	30	$10,191,984	$248,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$10,191,984	$1,732,800			$10,191,984	$1,274,000			$0	$0			$10,191,984	$248,300		$0	$0

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
2026-06	2026-06	463299435	9507700047	I	2026/07/22	2026/07/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,255,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,732,800	$0	$0	$1,732,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,732,800	$0	$0	$1,732,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$248,300	$0	$0	$248,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$248,300	$0	$0	$248,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,274,000	$0	$0	$1,274,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,274,000	$0	$0	$1,274,000
TOTAL				**1**	**$3,255,100**	**$0**	**$0**	**$3,255,100**

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, 16 de julio 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:C527783822619769366

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13