

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KARINA JULIETH CASTRO MONTES			CC:	52778382
CORREO ELECTRÓNICO:	KARINACASTRO1983@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3013237699
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25G N° 74B - 50			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008770124553
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1330 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 18.530.880	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				
<div><div>KARINA JULIETH CASTRO MONTES PS_1330_2026_01E48A</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KARINA JULIETH CASTRO MONTES CC: 52778382 CEL: 3013237699</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
KARINA JULIETH CASTRO MONTES

CON C.C N°52.778.382

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 1330 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$71.807.160No. HORAS EJECUTADAS192

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$177.201.540VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$18.530.880

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASNUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

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

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

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

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9509511001-9507700047	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/18	\$ 2.284.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/18	\$ 3.107.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/18	\$ 445.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 5.837.100

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.

2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)

3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .

4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 KARINA JULIETH CASTRO MONTES PS_1330_2026_01E48A KARINA JULIETH CASTRO MONTES CC: 52778382
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1330_2026_01E48A DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
PS_1330_2026_01E48A

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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 92778382		CASTRO MONTES MARINA 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	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2026-07	2026-07	56978336	950951001			1	2026/08/24	2026/08/18	BANCO DAVIVIENDA		0	\$2,582,000
RESUMEN DE PAGO												
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subistencia	Intereses de Mora Fondo Subistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,374,500	\$0						\$0
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,374,500	\$0	\$40,500	\$0	\$40,500	\$0		\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$197,000	\$0						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$197,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,010,500	\$0						\$0
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,010,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		\$0
TOTAL				1	\$2,582,000	\$0	\$40,500	\$0	\$40,500	\$0		\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5278382		CASTRO MONTES KARINA JULETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 25 s 74 b 50	BOGOTÁ-BOGOTÁ 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		5907700047	1	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	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
1	CC 5278382	CASTRO KARINA	25-14	30	\$10,191,984	\$1,732,800	EP005	30	\$10,191,984	\$1,274,000		0	\$0	\$0		14-11	30	\$10,191,984	\$248,300	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		

1330



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

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

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1330 2026 CRP -8604.pdf	1 PS 1330 2026 CRP -8604.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

☐	4. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	6. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

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: 01/08/2026 hasta: 31/08/2026.

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		FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
NIT:	900959051	No. de Factura	FE204
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	Fecha Emisión	15/08/2026 17:37:15
Dirección:	CL 34 36 11, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia	Fecha Vencimiento	15/09/2026
Teléfono:	3444484	Moneda	COP Colombia, Pesos
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co	Forma de Pago:	Crédito
		Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
		Fecha de Pago:	15/09/2026
		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 la uci san blas	WSD	192,00	\$96.515,00				0,00	\$18.530.880,00
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$18.530.880,00
									Cargos:	\$0,00
									Descuento:	\$0,00
									Total:	\$18.530.880,00

CUFE:	dae1336634977d87aa448d783acf728dc1d553f8dcb8ef0190d1a4d7942cd36ca461f3b28309a5310bc4dd1c698fd92
Total con letra:	(dieciocho millones quinientos treinta mil ochocientos ochenta pesos)

Firma Digital: qeVkeI7xKQT7n+0sJR3mXj/eyVDMs/8su6lThYj7XuvFqbvbdud3dSEwX5BbJ3s4r fVGafgCRjamwDR8gxBDPjCfB1bXJ5mix1vSSR2cd9l0kz3bqyk Fv6Vz7DKZc90l nAa2d9gGJsNApUndE6Bk6l+8q+4WTL9Rb9zTEGM2ai8RowJ188sEfjcGg/rBtToU PggxjaGWavN1JCXZfe4fyeTpUM5lBgRI+Ct yy1a0kBV8wEKQ93eEWBikjDw0097s y0zL8Z0bl4fjem+DJf5od6kOmxJO1+qHHQdGT+VG7dmH6fLl9EcUCHISipPUDSH lFTgLxp/MTxSFiu1SsuK QW==

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: 01/08/2026 hasta: 31/08/2026.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

