SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1330 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 17.372.700**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

KARINA JULIETH CASTRO MONTES
PS_1330_2026_3BEE88

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KARINA JULIETH CASTRO MONTES
CC: 52778382
CEL: 3013237699

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1330 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 177.201.540	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 17.372.700
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA		

ITEM	**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	1. Realicé las valoraciones médicas especializadas de los pacientes asignados, de acuerdo con sus condiciones clínicas y necesidades de atención. 2. Realicé seguimiento a la evolución clínica de los pacientes y establecí las conductas médicas correspondientes. 3. Actualicé los planes diagnósticos y terapéuticos de acuerdo con la evolución y condición clínica de los pacientes. 4. Realicé los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de la especialidad requeridos durante el periodo. 5. Analicé los resultados de ayudas diagnósticas y estudios complementarios para orientar la toma de decisiones clínicas. 6. Atendí las interconsultas y solicitudes de valoración correspondientes a la especialidad. 7. Brindé atención médica integral, oportuna, pertinente y segura a los pacientes atendidos. 8. Proporcioné atención humanizada y respetuosa, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y su familia. 9. Brindé información al paciente y/o familia sobre la condición clínica, evolución, tratamiento, riesgos, beneficios y pronóstico. 10. Orienté al paciente y su familia sobre las recomendaciones y conductas necesarias para la continuidad de la atención. 11. Mantuve comunicación efectiva con el equipo de salud para garantizar la continuidad y seguridad del proceso asistencial. 12. Registré oportunamente en la historia clínica las valoraciones, conductas, procedimientos, intervenciones y recomendaciones realizadas. 13. Diligencié los consentimientos informados y demás registros requeridos para las actividades asistenciales realizadas. 14. Apliqué las guías, protocolos, procedimientos y lineamientos institucionales relacionados con la atención. 15. Identifiqué y reporté oportunamente los eventos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente. 16. Participé en el análisis y seguimiento de situaciones relacionadas con seguridad del paciente y acciones de mejoramiento. 17. Participé en actividades de auditoría, habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la institución. 18. Participé en actividades de docencia-servicio, formación y actualización del talento humano cuando fue requerido. 19. Contribuí en la revisión, actualización, implementación y adopción de guías, protocolos, manuales e instructivos institucionales. 20. Atendí los requerimientos relacionados con quejas, peticiones, solicitudes y demás situaciones relacionadas con el proceso asistencial. 21. Atendí los requerimientos relacionados con auditoría de cuentas y aporté la información clínica solicitada. 22. Di cumplimiento a los compromisos establecidos en planes de mejoramiento y requerimientos formulados por la supervisión. 23. Asistí y participé en reuniones, comités, capacitaciones, inducciones y demás espacios institucionales programados. 24. Cumplí con la programación de actividades asistenciales establecida de acuerdo con las necesidades del servicio. 25. Informé oportunamente las novedades que pudieran afectar el cumplimiento de las actividades y la prestación del servicio. 26. Utilicé adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos institucionales destinados a la prestación del servicio. 27. Reporté oportunamente las novedades, daños o fallas identificadas en los equipos y elementos utilizados. 28. Mantuve vigentes los requisitos administrativos y registros requeridos para el desarrollo de las actividades contractuales. 29. Cumplí las demás actividades relacionadas con el objeto contractual requeridas 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9510913446	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/08	$ 1.174.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/08	$ 1.597.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/08	$ 228.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 3.000.500

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*KARINA JULIETH CASTRO MONTES* *PS_1330_2026_3BEE88* **KARINA JULIETH CASTRO MONTES** **CC: 52778382**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA* *PS_1330_2026_3BEE88* **DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

en línea

Planilla Unica 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
2026-08	2026-08	636564871	9510913446	I	2026/09/18	2026/09/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,000,500

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)					$9,394,708	$1,597,200			$9,394,708	$1,174,400			$0	$0			$9,394,708	$228,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$9,394,708**	**$1,597,200**			**$9,394,708**	**$1,174,400**			**$0**	**$0**			**$9,394,708**	**$228,900**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$9,394,708**	**$1,597,200**			**$9,394,708**	**$1,174,400**			**$0**	**$0**			**$9,394,708**	**$228,900**		**$0**	**$0**
1	CC	52778382 CASTRO KARINA	25-14	30	$9,394,708	$1,597,200	EPS005	30	$9,394,708	$1,174,400		0	$0	$0	14-11	30	$9,394,708	$228,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$9,394,708**	**$1,597,200**			**$9,394,708**	**$1,174,400**			**$0**	**$0**			**$9,394,708**	**$228,900**		**$0**	**$0**

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

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
☐	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
☐	2 PS 1330 2026 CRP -15662.PDF	2 PS 1330 2026 CRP -15662.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	7. PS 1330 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

KARINA JULIETH CASTRO MONTES

NIT: 52778382
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Persona Natural
CL 25 D 80 C 66, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3013237699
Email. karinacastro1983@hotmail.com

Este comprobante corresponde al periodo de 01/09/2026 hasta: 30/09/2026

Autorización factura electrónica de venta No: 18764113027921 válida desde 2026-07-24 hasta 2027-01-24 rango desde FE200 hasta FE1000
Regimen Simple de Tributación

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051
Nombre/Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Dirección:	CL 34 36 11, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No de Factura	FE207
Fecha Emisión	08/09/2026 - 08:24:39
Fecha Vencimiento	08/10/2026
Moneda	COP Peso colombiano
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferecia Crédito
Fecha de Pago:	08/10/2026
Total dei Lineas:	1

#	Código	Descripción	U.M	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000-0	MEDICINA INTERNA horas realizadas en agosto en uci **Marca:** 1 **Modelo:** 1	WSD	180,00	$96.515,00				$0,00	$17.372.700,00

Subtotal:	$17.372.700,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$17.372.700,00

Notas:	
CUFE	404f6a9d26ca38b75d299c64ece1c547000206140d2bb4901d6fa0196ebc49b8a4544380431487587d4095ee0161fe3f
Son:	(diecisiete millones trescientos setenta y dos mil setecientos pesos con cero centavos)

Firma Digital: k6cV8s09NYk288crc9nnszYFdDwsuS5mDWkoM74STfbjGiFaS0UE+XouzuWPQDPL
JlGVFm28eerGlen6+NSIZhtt871PZnUPAYSE6eDVGPqbHIhqL96IVN+SLNN5QIhP
qrNwjb5keE/pBGBol2/p0cclLJ3XivAZUEqfs+csl/k7IDtU1HPuMHOJ+h47DI2l
VBBk6BoMqRqf292X6wEFagDHL+JNDQOU1d/gKGi4qYKchf3SK4gRiY6gh5ha7AwP
RYKf7pGo/O5HX2VWgfaez4lgZ2AvXpVzJolPFO9SMUNltTyW4iWIoMi1Os8uuQKi
vhWS9ecPsbD9KI/Wawrueg==
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.