Sistemas CitiSalud SAS

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Nit: 860020094

CPS-334

**COMPROBANTE DE EGRESO NO:** 37834 **Fecha:** 03/11/2026 **Valor:** 3,764,085

**Beneficiario:** 53047000 - CHAVEZ PEREZ KAREN GUISELLE **Valor AIU:** 0

**Forma de Pago:** Transferencia **Detalle Forma Pago:** Desde Davivienda Cuenta No: 470169989006 Hacia: Davivienda Cuenta No: 475900046206 **Base AIU:** 0

**Descripción:** PAGO SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 2026 **% IVA AIU:** 0

**Valor en Letras:** TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE **Vr IVA AIU:** 0

**DETALLE DE LA CAUSACION**

| Num Doc | Descripción | Prefijo | Fecha | ValorTotal |
|---|---|---|---|---|
| 41973 | SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 2026 | OCTB - 10 | 30/10/2026 00:00:00 | 3,783,000 |
| | | | **Total:** | **3,783,000** |

**DETALLE RETENCIONES**

| Concepto | DesConcepto | Base Retención | % | Valor |
|---|---|---|---|---|
| 1892 | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000 | 3783000 | | 18,915 |
| | | | **Total:** | **18,915** |

**DETALLE CONTABILIDAD**

| Cuenta | Descripción | Débito | Crédito |
|---|---|---|---|
| 11100501 | DAVIVIENDA CTA CTE 470169989006 | 0 | 3,764,085 |
| 24905401 | HONORARIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS | 3,764,085 | 0 |
| | **Total:** | **3,764,085** | **3,764,085** |

**DETALLE PRESUPUESTO**

| Giro | Compromiso | Contrato | CRP | CDP | Rubro | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1510 | 1964 | 334 | 648 | 660 | 2.4.5.02.09.01.01 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES | 3,783,000 |
| | | | | | | **Total:** | **3,783,000** |

**DETALLE DEL EGRESO**

PAGO SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 2026

**Preparado** **Revisado** **Aprobado** **Tesorería**

TESORERIA

**CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato**

| | |
|---|---|
| N° DEL CONTRATO | 334 |
| CONTRATISTA | KAREN GUISELLE CHAVEZ PEREZ |
| IDENTIFICACION: | 53047000 |
| FECHA DE SUSCRIPCION: | 6/10/2026 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN ASISTENCIA EN SALUD - MEDICINA GENERAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO Y SUS PUESTOS DE SALUD |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | $ 17.000.000 |
| PLAZO INICIAL: | 2 MESES |
| FECHA DE INICIO: | 6/10/2026 |
| FECHA DE TERMINACION INICIAL: | 5/12/2026 |
| TIEMPO DE PRORROGA | |
| ADICION EN VALOR | |
| FECHA TERMINACION: | |

| | |
|---|---|
| MES PAGADO | |
| SEPTIEMBRE | 6-oct-26 |

| | |
|---|---|
| Certificación de pago seguridad social y parafiscales | FECHA DE CERTIFICACION: |

El coordonadinar del area CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de OCTUBRE

|Que razon a dicha ejecucion,el valor correspondientea pagar es de TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS $ ( 3.783.000 )

Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios ) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato.

| | |
|---|---|
| Informe de pago | SI |
| Planilla de Seguridad Social | SI |
| Factura -Cuenta de cobro | SI |

Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de OCTUBRE 2026

DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA
SUPERVISOR

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO
Dir: AV [illegible] 6 - 06 - Tel: 8475026
Nit: 860020028

**ORDENES DE PAGO: 41973**

**Tercero:** 53047000 - 6 - CHAVEZ PEREZ KAREN GUISELLE
**Autorretenedor:** NO **Factura:** 10 **Regimen:** Comun
**Contribuyente:** NO **Prefijo:** OCTB **No. Contrato:** 334
**I.C.A:** ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL **Fecha Factura:** 03/11/2026 **Fecha:** 30/10/2026
**Fecha Vence:** 03/12/2026
**Descripción:** SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 2026
**Valor en Letras:** TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

**CONCEPTOS**

| TTercero | DesTTercero | Concept | Descripción CXP | Iva | Descripción - IVA | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1892 | 24362707.ACT SERVICIOS 5 X 1000 | | | 18,915 |
| | | 230 | 73010201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - URGENCIAS | | | 3,783,000 |
| 64 | 24255201.HONORARIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS | | | | | 3,764,085 |

**DETALLE CONTABLE**

| Cuenta | DesCuenta | Lugar | UFuncional | CCostos | Nit: | Debito | Credito |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 73010201 | REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS | 01 | 01 | 010101 | 53047000 | 3,783,000 | 0 |
| 24362707 | RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO POR COMPRAS 5 x mil | | | | 53047000 | 0 | 18,915 |
| 24905401 | HONORARIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS | | | | 53047000 | 0 | 3,764,085 |
| | | | | | Total: | 3,783,000 | 3,783,000 |

**Cancelado:** 0
**Saldo Actual:** 3,764,085

**DETALLE PRESUPUESTAL**

| Disponibilidad | Registro | Obligacion | Lugar | Rubro | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 99 - 660 | 91 - 648 | 83 - 1964 | 01 | 2.4.5.02.09.01.01 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES | 3,783,000 |
| | | | | | Total: | 3,783,000 |

Elaboró:

Presupuesto

**CUENTA DE COBRO No. 1**

**LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
**EL COLEGIO CUNDINAMARCA**

**DEBE A:**

**KAREN GUISELLE CHAVEZ PEREZ**
**C.C. 53.047.000 DE BOGOTA**

**LA SUMA DE: 3.783.000 M/C ($ TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE)**

Según el objeto del contrato" Prestar los servicios de apoyo a la gestión en asistencia en salud-medicina general para la ejecución de las actividades requeridas por la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio y sus puestos de salud", correspondiente periodo de OCTUBRE 2026

| LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD | UNIDAD FUNCIONAL | CENTRO DE COSTOS | % | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| E.S.E EL COLEGIO | Urgencias- Hospitalización | Urgencias/ Hospitalización estancia general | 99 % | $ 3.744.000 |
| E.S.E EL COLEGIO | Urgencias- Hospitalización | Disponibilidades | 1% | $ 39.000 |
| | | | | |
| | | TOTAL | 100% | $ 3.783.000 |

| CONTRATO N° | N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | N° PRESUPUESTAL REGISTRO |
|---|---|---|
| 334/2026 | 660 | 648 |
| | | |

Declaro bajo gravedad de juramento que los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social, corresponden mínimo, al 40% del valor contrato mensual, celebrado con entidades públicas y privadas y la planilla presentada como soporte de esta cuenta se encuentra pagada; es decir a paz y salvo al Sistema de Seguridad Social.

Karen Chavez P.

**KAREN GUISELLE CHAVEZ PEREZ**
**C.C. 53. 047.000 DE BOGOTA**
**CELULAR 3017699637**

| | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | Código |
|---|---|---|
| | FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES | SUB-F1 |
| | | Versión |
| | PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN | V01-2024 |

**INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO**

**INFORMACIÓN BÁSICA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PERIODO DEL INFORME | 06 DE OCTUBRE 2026 A 31 DE OCTUBRE 2026 | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. | 334 DE 2026 |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | KAREN GUISELLE CHAVEZ PEREZ | C.C. No. | 53.047.000 |
| OBJETO: | PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN ASISTENCIA EN SALUD-MEDICINA GENERAL PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO Y SUS PUESTOS DE SALUD | | |
| Informe No: | 1 | Fecha: | OCTUBRE 2026 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Iniciación: | 06/10/2026 | Plazo Inicial: | 2 MESES | Prorroga: | | Fecha Final: | |
| Finalización: | 05/12/2026 | | | | | | |

**REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO**

| No DISPONIBILIDAD | VALOR | No REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR |
|---|---|---|---|
| 660 | $ 17.000.000 | 648 | $ 17.000.000 |
| | | | |

**ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor total Del Contrato | $ 17.000.000 | Valor Cobrado: | $ 3.783.000 |
| | | Valor Giros Efectuados | $ 0 |

**ADICIÓN PRORROGA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de Inicio: | | Fecha de Terminación | |
| Valor Adición: | | | |
| % Ejecución del contrato | 22.3 % | %Ejecución Financiera | 0 % |

| | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | Código |
|---|---|---|
| | FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES | SUB-F1 |
| | | Versión |
| | PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN | V01-2024 |

| ACTIVIDADES | CUMPLE | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD EN MEDICINA GENERAL, EN LA ESE A TODOS LOS USUARIOS QUE REQUIERAN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DEL CONTRATO, ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS DE ACUERDO CON LA INFRAESTRUCTURA Y CAPACIDAD TECNOLÓGICA DE LA INSTITUCIÓN, PRACTICAR EXÁMENES MÉDICOS, FORMULAR DIAGNÓSTICOS Y PRESCRIBIR TRATAMIENTOS SIGUIENDO LOS DERECHOS DEL PACIENTE BRINDANDO LA COBERTURA REQUERIDA POR LA INSTITUCIÓN. | X | |
| ATENDER A LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL PARA LA RESPECTIVA CONSULTA, CUALQUIERA QUE SEA EL RÉGIMEN DE ATENCIÓN. | X | |
| PRESCRIBIR Y/O REALIZAR PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA ESTABLECER DIAGNÓSTICOS O PARA DAR TRATAMIENTO A LOS PACIENTES QUE REQUIERAN DE SUS CONOCIMIENTOS EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, DOMICILIARIA Y APOYAR LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SEGÚN PROGRAMACIÓN. | X | |
| DILIGENCIAR ADECUADAMENTE LOS REQUISITOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES, HISTORIAS CLÍNICAS, EPICRISIS Y OTROS SOPORTES DE ATENCIÓN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO POR LAS NORMAS DE AUDITORÍA DE LA INSTITUCIÓN Y SUSTENTAR POR ESCRITO EN LOS RESPECTIVOS REQUISITOS Y EN LA HISTORIA CLÍNICA, LOS PARACLÍNICOS SOLICITADOS Y EL PLAN DE MANEJO, RESPALDANDO TODA ACTUACIÓN CON SU FIRMA Y SELLO. | X | |
| PROCEDER EL DILIGENCIAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO DE LA HISTORIA CLÍNICA POR CADA PACIENTE ATENDIDO, DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN NO. 1995 DE 1999 Y/O LA NORMATIVIDAD VIGENTE PERTINENTE. | X | |
| REALIZAR EN FORMA OPORTUNA LAS INTERVENCIONES, VALORACIONES Y EVOLUCIONES DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS, CON INTERNACIÓN Y EN OBSERVACIÓN DE URGENCIAS, AL MENOS UNA EVOLUCIÓN EN EL TURNO, DÍA Y UNA EVOLUCIÓN COMPLETA EN EL TURNO DE LA NOCHE, Y EVOLUCIONES ADICIONALES CUANDO LA CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE ASÍ LO AMERITE, ACORDE CON LAS RECOMENDACIONES DE LA CIENCIA MÉDICA BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN. | X | |
| LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SE PRESTARÁ SIGUIENDO LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DESARROLLADOS POR EL HOSPITAL, CONJUNTAMENTE CON EL CONTRATISTA. | X | |
| REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS PROGRAMADOS POR EL HOSPITAL Y PARA LOS CUALES RECONOCE PERICIA E IDONEIDAD SUFICIENTES, DEFINIENDO DIAGNÓSTICOS Y ACORDE A AQUELLOS, SOLICITANDO, ANALIZANDO Y REGISTRANDO EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS | X | |

| | | |
|---|---|---|
| AYUDAS DIAGNÓSTICAS PERTINENTES PRESCRIBIENDO EL PLAN DE TRATAMIENTO QUE A BUEN CRITERIO PROPONGA PARA LOS PACIENTES A SU CARGO, TENIENDO EN CUENTA LOS DERECHOS DEL PACIENTE, LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE Y LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL HOSPITAL. HOSPITAL. | | |
| REALIZAR LA REVISTA MÉDICA MATINAL Y VESPERTINA EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS SEGÚN TURNO CORRESPONDIENTE, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS ÓRDENES ESTABLECIDAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA, DETERMINANDO LAS ACCIONES A SEGUIR PARA CADA PACIENTE E INSTRUYENDO AL PERSONAL SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUE DEBAN SER EMPLEADOS. | X | |
| PARTICIPAR CON EL HOSPITAL EN LAS JORNADAS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DECRETADAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES. | X | |
| PRACTICAR Y CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS REGLAMENTARIAS DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS ESTABLECIDOS Y APROBADOS POR LA DIRECCIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL | X | |
| PROPENDER POR LA SEGURIDAD Y CONSERVACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DEL OBJETO CONTRACTUAL; ASÍ COMO RESPONDER POR SU PERDIDA EN CASO DE CULPA ATRIBUIBLE AL CONTRATISTA. | X | |
| RESPONDER POR LA ADECUADA, CLARA PRECISA, LEGIBLE, COMPLETA Y VERAS DE LOS RIPS Y TODA LA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (HISTORIAS CLÍNICAS, EPICRISIS AL DAR DE ALTA AL PACIENTE, EVOLUCIONES, FORMULAS MÉDICAS, REMISIONES, INTERCONSULTAS, DESCRIPCIONES MÉDICAS, ETC.) A TODOS Y A CADA UNO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS, DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 1995 DEL 8 DE JULIO DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y SUS MODIFICACIONES, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LOS PROGRAMAS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA, AIEPI, IAMI, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | X | |
| INFORMAR EN FORMA PERSONAL, DETALLADA Y VERAZ EL ESTADO, PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD A LOS FAMILIARES Y/O TUTORES DEL PACIENTE. | X | |
| COLABORAR DE FORMA EFECTIVA EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN MEDIANTE LA DECIDIDA PARTICIPACIÓN EN LA PARTE EL PROCESO QUE LE CORRESPONDA, ASÍ COMO GARANTIZAR OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CONSULTAS, INTERCONSULTAS, EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS, Y REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS Y PERTINENTES CON EL FIN DE MANTENER ESTÁNDARES ADECUADOS DE ACUERDO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL HOSPITAL CON RESPECTO A GIRO O ROTACIÓN DE CAMA, PROMEDIO ESTANCIA, PERTINENCIA EN LA FORMULACIÓN Y SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y PARACLÍNICOS RESPECTIVAMENTE ASÍ COMO PROPENDER POR EL MEJORAMIENTO CONTINUO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y EN LA ATENCIÓN AL USUARIO. | X | |
| REALIZAR LA PRESCRIPCIÓN Y ORDENES MÉDICAS DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 3512 DE 2019 Y SUS ANEXOS, CIRCULAR 017 DE 2019 O LOS ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONTIENE LAS COBERTURAS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y LOS ANEXOS DE | X | |

| | | |
|---|---|---|
| MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE SOPORTAN LA ACTUALIZACIÓN VIGENTE. | | |
| ASUMIR, EN CASO DE PRESENTARSE GLOSA DURANTE EL RECAUDO POR FALLAS ATRIBUIDAS AL CONTRATISTA, EL DOCUMENTO RESPECTIVO EL CUAL SERÁ EJECUTADO POR EL HOSPITAL, CONTRA EL VALOR DEL CONTRATO Y POR EL MONTO DE LA ACTIVIDAD O EL EVENTO NO PAGADO. IGUALMENTE, EL CONTRATISTA PARTICIPARÁ EN LA CONTRATACIÓN DE OBJECIONES O GLOSAS CORRESPONDIENTES A NO PERTINENCIA MÉDICA Y AQUELLAS ORIGINADAS POR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO CUMPLIENDO CON LOS TIEMPOS DE RESPUESTA ESTABLECIDOS POR EL HOSPITAL. | X | |
| REGISTRAR CORRECTAMENTE LAS ESTADISTICAS VITALES EN RUAF INSTITUCIONAL EN FORMA OPORTUNA, CON CALIDAD SEGÚN LINEAMIENTOS TÉCNICOS. | X | |
| DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DERIVADAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD DE LA INSTITUCIÓN Y EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD, Y LAS DEMÁS LAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS A LA CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL. | X | |
| OBTENER AUTORIZACIÓN PARA TODO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEBE SER REALIZADO PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS O ASEGURADOR. | X | |

| PRODUCTOS ESPERADOS | PROGRAMADOS | REALIZADOS |
|---|---|---|
| Se dio cumplimiento a 20 actividades especificas descritas en el contrato. | 20 | 20 |
| Urgencias | 96 HORAS | 96 HORAS |
| Urgencias Horas de Disponibilidad | 1 HORA | 1 HORA |

| | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | Código |
|---|---|---|
| | FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES | SUB-F1 |
| | | Versión |
| | PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN | V01-2024 |

| OBSERVACIONES GENERALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha Suspensión: | | Fecha Reanudación | | | | |

Yo DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA en mi calidad de Subgerente (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista KAREN GUISELLE CHAVEZ PEREZ, documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión.

Anexo planilla # 38782025 del pago de seguridad social correspondiente al mes de Septiembre 2026

FIRMA COORDINADOR ÁREA

V°B° COORDINADOR DE ÁREA

Isabella Hoyos Madera
Medico
R.M. 1.007.308.581
U. Universitaria de Ciencias de la Salud

## RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53047509 | 8 | DAREN GABRIELLE CHAVEZ PEREZ | 1 | 9 | ARL SURA - 14-11 | ÚNICA | 8891 | Natural |
| SUCURSAL | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 35 345 | CUARTAS DE VILLA COUNTRY CASA 6 | | 3017588837 | | KARENCHAVEZPEREZ@GMAIL.COM | | | N |

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2026-09 | 2026-09 | 36762235 | I | 2026-10-14 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 1.056.300 | 10.100 | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 36762235 | 2026-10-02 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SCNA | ICBF | ESAP | MIN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TD | EMPLEADO | SALARIO | NOVEDADES DE SALARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 2047509 | CHAVEZ PEREZ KAREN ISABELLE | 3.420.000 | | | | | | | | | | | 30 | 30 | 0 | 30 | COLPENSIONES 51005 | 3.420.000 | 547.200 | 0 | 22 V & S 2 S.S.A. 8/9/2017 | 3.420.000 | 547.200 | 0 | CAJA DE COMPENSACION 24 CCF | 3.420.000 | 421.800 | 0 | 3.420.000 | 23.940 | 3.420.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.056.300 | N | 2026-10-15 |


## RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53047509 | 8 | DAREN GABRIELLE CHAVEZ PEREZ | 1 | 9 | ARL SURA - 14-11 | ÚNICA | 8891 | Natural |
| SUCURSAL | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 35 345 | CUARTAS DE VILLA COUNTRY CASA 6 | | 3017588837 | | KARENCHAVEZPEREZ@GMAIL.COM | | | N |

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2026-09 | 2026-09 | 36762235 | I | 2026-10-14 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 1.056.300 | 10.100 | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 36762235 | 2026-10-02 | Pagada | | | | | | | |


### TOTALES IBC

| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
|---|---|---|---|---|
| 3.420.000 | 3.420.000 | 3.420.000 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 547.200 | 0 | 5.200 | 0 | 552.400 |
| COLFONDOS | 231001 | 800227940 | 8 | 1 | 547.200 | 0 | 5.200 | 0 | 552.400 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 427.500 | 0 | 4.100 | 0 | 431.600 |
| NUEVA E.P.S. S.A. | EPS037 | 900156264 | 2 | 1 | 427.500 | 0 | 4.100 | 0 | 431.600 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 83.400 | 0 | 800 | 0 | 84.200 |
| ARL SURA | 14-11 | 830003780 | 5 | 1 | 83.400 | 0 | 800 | 0 | 84.200 |
| Gran Total | | | | | 1.056.100 | 0 | 10.100 | 0 | 1.068.200 |

# CUADRO DE ACTIVIDADES CONCERTADAS CON PERSONAL MEDICO DE URGENCIAS MES DE OCTUBRE DEL 2026

| NOMBRE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | J | V | S | D | L | M | M | J | V | S | D | L | M | M | J | V | S | D | L | M | M | J | V | S | D | L | M | M | J | V | S |
| REANIMACIÓN Y TRAUMA | JPH | JPH | JV | GB | JV | JV | JV | JV | JV | GA | JV | JV | GA | JV | JV | JA | JA | GB | JV | GB | GA | JV | JV | JV | JS | JV | GA | JA | GB | JPH | GA |
| | JV | SR | [illegible] | [illegible] | SR | GB | LT | TM | IH | [illegible] | [illegible] | [illegible] | GA | SR | JV | JV | [illegible] | [illegible] | JV | JV | GA | JA | PM | [illegible] | [illegible] | JV | GA | JV | GB | JV | GA |
| OBSERVACION | SR | PM | PM | LT | SR | EM | EM | YV | LT | SR | SR | SR | EM | YV | GB | TM | YV | EM | SR | YV | KC | CT | CT | GC | GC | YV | SR | PM | CT | TM | EM |
| | LT | LT | [illegible] | [illegible] | YV | YV | KC | PM | LT | [illegible] | [illegible] | [illegible] | PM | PM | GB | CT | [illegible] | [illegible] | SR | YV | TM | GB | CT | [illegible] | [illegible] | YV | SR | LT | YV | KC | [illegible] |
| CONSULTORIOS | CT | CT | EM | SR | CT | CT | PM | CT | CT | GC | YV | LT | CT | CT | CT | PM | SR | LT | CT | EM | CT | SR | GB | KC | LT | CT | EM | EM | SR | CT | PM |
| | GB | CT | [illegible] | [illegible] | KC | VM | PM | YV | KC | [illegible] | [illegible] | [illegible] | KC | KC | YV | LT | [illegible] | [illegible] | CT | EM | YV | LT | LT | [illegible] | [illegible] | CT | TM | TM | PM | CT | [illegible] |
| DISPONIBILIDADES Y HOSPITALIZACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HOSPITALIZACIÓN Y MEDICINA INTERNA-TRIAGE | MM | DB | PM | LT | VM | MM | DB | VM | DB | SR | SR | SR | MM | VM | MM | DB | YV | EM | VM | DB | VM | DB | MM | GC | GC | VM | DB | MM | MM | VM | EM |
| | LT | LT | [illegible] | [illegible] | YV | YV | LT | PM | LT | [illegible] | [illegible] | [illegible] | PM | PM | GB | CT | [illegible] | [illegible] | SR | YV | [illegible] | GB | CT | [illegible] | [illegible] | YV | SR | LT | YV | KC | [illegible] |
| TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO | CT | CT | EM | SR | CT | CT | PM | CT | CT | GC | YV | LT | CT | CT | CT | PM | TM | [illegible] | CT | EM | CT | SR | GB | KC | [illegible] | CT | EM | EM | SR | CT | PM |
| | GB | CT | [illegible] | [illegible] | KC | VM | PM | PM | IH | [illegible] | [illegible] | [illegible] | KC | KC | YV | LT | [illegible] | [illegible] | CT | EM | YV | LT | LT | [illegible] | [illegible] | CT | TM | TM | PM | CT | [illegible] |
| SEGUNDO DISPONIBLE TRASLADO NOCHES Y FDS | | | [illegible] | [illegible] | | | | | | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | | | | [illegible] | [illegible] | | | | | | [illegible] | [illegible] | | | | | | [illegible] |
| TELEFONOS DE CONTACTO | | | | | | | | | | MEDICINA LEGAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
**NIT. 860.020.094-8**
**REGISTRO HORAS DE DISPONIBILIDAD**

NOMBRE: KAREN GUISELLE CHAVEZ PEREZ Cargo: **MEDICO GENERAL** Mes: Octubre Año: 2026

| Fecha (colocar (F) si es festiva) | Área | Hora inicio | Hora finalización | Horas Disponibilidad | Descripción | Firma y sello |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10/10/2026 | Urgencias | 07:00 | 08:00 | 1 hora | Horas extras traslado | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | Total | 1 hora | | |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14890518063

(415)7707212489984(8020) 000014890518063 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 3 0 4 7 0 0 0 | 6 | Impuestos y Aduanas de Girardot | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 3 0 4 7 0 0 0 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CHAVEZ | PEREZ | KAREN | GUISELLE |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | El Colegio 2 4 5 |

41. Dirección principal: CA 4 CA Y QUINTAS DE VILLA COUNTRY

42. Correo electrónico: karenchavezperez@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 7 6 9 9 6 3 7 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 / 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 1 2 0 2 0 5 | 0 0 1 0 | 2 0 1 3 0 4 0 1 | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código | 55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC |

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2023-01-23 / 06:39:01PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

964. Nombre: CHAVEZ PEREZ KAREN GUISELLE

965. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**EL COLEGIO,**
**CUNDINAMARCA,**
**COLOMBIA,**

**15/10/2026**

**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **KAREN GUISELLE CHAVEZ PEREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **53047000**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | 0550475900046206 |
| Fecha de apertura | 16/03/2011 |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN |
| **Nombre Proceso** | PAGO OPS OCTB - DAVI |
| **Fecha Pago** | 03/11/2026 |
| **Hora Pago** | 18:02 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 53047000 | **Referencia** | 0000000000000000 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX6206 | **Banco** | DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 3.764.085,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial