


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELICA MARIA ROJAS DURAN		CC:	1065592279	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGELICAROJASD@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3162708581	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 64 1 15		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102659539

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1625 2025	N° CDP:	1799	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 5.211.810


ANGELICA MARIA ROJAS DURAN
PS_1625_2025_ADE8C5-2025-07-17 18:22:21

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANGELICA MARIA ROJAS DURAN

CC: 1065592279

CEL: 3162708581

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANGELICA MARIA ROJAS DURAN

CON C.C N° 1.065.592.279

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1625 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 23.163.600	No. HORAS EJECUTADAS	54
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 45.169.020	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.211.810
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
--	-----------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	-----------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ
-------------------------------	-----------------------------------

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)
-------------	--

Realizo valoración de pacientes del servicio de medicina interna durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.

Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.

Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades

Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria

Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA

Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad, realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes

Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.

Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.

Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones

Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos

Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participé en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera

Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.

Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones

Cumplo oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

1

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488763892	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSAALUD	2025/07/10	\$ 260.600

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/10	\$ 333.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/10	\$ 50.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 645.000



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	 <p><i>ANGELICA MARIA ROJAS DURAN</i> <u>PS_1625_2025_ADE8C5-2025-07-17 18:22:21</u> ANGELICA MARIA ROJAS DURAN CC: 1065592279</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> <u>PS_1625_2025_ADE8C5-2025-07-18 18:42:34</u> DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ</i> <u>PS_1625_2025_ADE8C5-2025-07-18 18:54:45</u> YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
3f68ff300a80c7ed879e71107d3579cedd094cc54d328dce78d6c4660fcfd19ca8ea9a76a71df652aeb01ba21d292c0e
Número de Factura: C-136
Fecha de Emisión: 08/07/2025
Fecha de Vencimiento: 09/07/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Crédito Bancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ROJAS DURAN ANGELICA MARIA
Nombre Comercial: ROJAS DURAN ANGELICA MARIA
Nit del Emisor: 1065592279
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 65 7 75 AP 801 BRR CHAPINERO
Teléfono / Móvil: 6013450636
Correo: angelicarojasd@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-15
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Dg 34 N 3-14.
Teléfono / Móvil: 3444484
Correo:
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85101501	Servicios hospitalarios de medicina interna	LH	54,00	\$ 96.515,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 5.211.810,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 08/07/2025 20:56:49
Documento validado por la DIAN:
 08/07/2025 20:56:49
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	5211810
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5211810
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	5211810
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5211810

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	5.211.810,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5.211.810,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	5.211.810,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5.211.810,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764084800550 Rango desde: 128 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-12-05

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENAE ICBF
CC 1065992279		ROJAS DURAN ANGELICA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 71 N 146- 89	BOGOTA-BOGOTA D. E.	3490636	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Pago	Banco	Pago	Dias Mora	Valor
2025-06	Salud	1617048678	Planilla	2025/07/17	2025/07/17	2025/07/10	BANCO DAVIVIENDA		0	\$645,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORIA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$333,600	\$0	\$0	\$333,600
COLEPENSIONES	25-14	900.336.004	7	1	\$333,600	\$0	\$0	\$333,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$50,800	\$0	\$0	\$50,800
SEGUROS BOLIVAR	.14-7	860.002.503	2	1	\$50,800	\$0	\$0	\$50,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$260,600	\$0	\$0	\$260,600
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EP9001	830.113.831	0	1	\$260,600	\$0	\$0	\$260,600
TOTAL				1	\$645,000	\$0	\$0	\$645,000