

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA			CC:	52959672
CORREO ELECTRÓNICO:	KRBERDUGOA@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3108521755
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 145 N° 46 - 80 BLQ 7 APT 202			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	380023614
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1559 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 9.265.440	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA PS_1559_2025_04B1B8 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA CC: 52959672 CEL: 3108521755					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA

CON C.C N° 52.959.672

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 1559 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 60.225.360	No. HORAS EJECUTADAS	96
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 76.825.940	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 9.265.440
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

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

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)
------	---

- Ucis
1. Realizo valoración de pacientes del servicio de cuidado critico 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.
 2. 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 a ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
 3. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
 4. 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.
 5. 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.
 6. 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.
 7. 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.
 8. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
 9. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
 10. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
 11. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
 12. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
 13. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
 14. 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.
 15. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
 16. 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.
 17. 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.
 18. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
 19. 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.

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

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

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

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

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			

No. DE PLANILLA:	N° 90629760	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 463.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	\$ 593.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 90.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.147.000
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA PS_1559_2025_04B1B8 KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA CC: 52959672		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1559_2025_04B1B8 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA PS_1559_2025_04B1B8 DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

54e283351152d49cbb47fd70b5804f8cf2e591fe0ebc876e85ed07ae0ecbb79fe0d8ae33a321f3fafbb8cc637ce66774

Número de Factura: FEKR-66

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 14/10/2025

Medio de Pago: Efectivo

Fecha de Vencimiento: 14/10/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BERDUGO ANGARITA KAREN
ROCIONombre Comercial: BERDUGO ANGARITA KAREN
ROCIO Nit del Emisor: 52959672

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: 04 - INC

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.

Dirección: CL 145 N 2120

Teléfono / Móvil: 3108521755

Correo:

krberdugoa@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.

Régimen fiscal: O-15

Dirección: DG 34 No 5-43

Responsabilidad tributaria: 04 - INC

Teléfono / Móvil: (031)3282828

Correo:

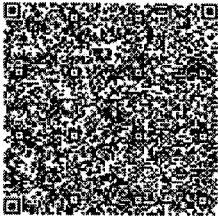
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Codigo	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0110	HONORARIOS MEDICOS MEDICINA INTERNA EN C UMPLIMIENTO DEL CONTR ATO PS 5170 DE 2023 CO RRESPONDIENTE DEL 01 1 0 2025 AL 31 10 2025	NIU	96,00	\$ 96.515,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 9.265.440,00

Notas Finales

Linea de negocio:



Documento generado el:
14/10/2025 19:33:58

Datos Totales

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	9265440
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9265440
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	9265440
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 9265440

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	9.265.440,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	9.265.440,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	9.265.440,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 9.265.440,00

Documento validado por la
DIAN:
14/10/2025 19:33:58
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

Valores informativos

Anticipos
Rete fuente
Rete IVA
Rete ICA

Valores informativos

Anticipos	0,00
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764100063347 Rango desde: 66 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-04-14



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCAL Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
CC	52959672	KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA		calle 146 a no 51 a - 10 blo V apto 201	7705695	lrberdugos@hotmail.com		PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS	UPC
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			1	0					
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		NO	2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90629760	TOTAL A PAGAR	
													\$1.175.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	463.400	0		0		0	0	0	0	463.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900338004-7	593.200	0	0	0	0	0	0	0	593.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890063790-5	90.400				90.400	0	0	90.400			904	90.400	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	0	0	28.500	1	

TOTALES PARA FISCAL				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	463.400	463.400
Pensión	1	593.200	593.200
Riesgos Laborales	1	90.400	90.400
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.175.500	1.175.500

1559

Pagos

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

tipo	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

Ver resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Cx

Ítems de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
1. PS 1559 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1559 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar
2. PS 1559 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1559 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar
3. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar
4. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar
5. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar
1 PS 1559 2025 CRP-6206.pdf	1 PS 1559 2025 CRP-6206.pdf	Comprador Detalle Descargar
6. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador Detalle Descargar
7. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor Detalle Descargar
8. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor Detalle Descargar
9. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Detalle Descargar