

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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	\$ 11.581.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA
PS_1559_2025_833279

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	120
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 116.686.635	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 11.581.800
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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)
-------------	--

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 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, participé 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. Cumplimiento oportuno 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 5715170	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/13	\$ 463.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/13	\$ 593.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/13	\$ 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_833279

KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA

CC: 52959672

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1559_2025_833279

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

PS_1559_2025_833279

DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	52959672	KAREN ROCIO BERDUGO ANGARITA	calle 146 a no 51 a - 10 blo V apto 201	7705695	kberdugoa@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS 1 UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	I	13/01/2026	5715170	\$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

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	890903790-5	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

TOTALES PARAFISCALES				
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

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1559 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1559 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. PS 1559 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1559 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	4. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	5. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1559 2025 CRP-6206.pdf	1 PS 1559 2025 CRP-6206.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	6. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	7. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	8. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	9. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	10. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	11. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	12. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO DIIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1559 2025 CUENTA DE COBRO DIIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
25cedb158493f5b9444350e19a8d3beed3162f91cdf394535ccb1994e429e69a057c9d8eba6a159377f41a4af6c6c6bb

Número de Factura: FEKR-69 Forma de pago: Contado
Fecha de Emisión: 09/01/2026 Medio de Pago: Efectivo
Fecha de Vencimiento: 09/01/2026 Orden de pedido:
Tipo de Operación: 10 - Estándar Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BERDUGO ANGARITA KAREN ROCIO
Nombre Comercial: BERDUGO ANGARITA KAREN ROCIO
Nit del Emisor: 52959672 País: Colombia
Tipo de Contribuyente: Persona Natural Departamento: Bogotá
Régimen Fiscal: R-99-PN Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Responsabilidad tributaria: 04 - INC Dirección: CL 145 N 21 20
Actividad Económica: 8621 Teléfono / Móvil: 3108521755
Correo: krberdugo@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.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0110	HONORARIOS MEDICOS MEDICINA INTERNA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO PS 5170 DE 2023 CORRESPONDIENTE DEL 01 01 2026 AL 31 01 2026	NIU	120,00	\$ 96.515,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 11.581.800,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 09/01/2026 08:39:49
Documento validado por la DIAN:
 09/01/2026 08:39:49
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	11581800
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11581800
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	11581800
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 11581800

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	11.581.800,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11.581.800,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	11.581.800,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 11.581.800,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
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