

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DERLY KARINA RUBIO BARBUDO		CC:	1018431399	
CORREO ELECTRÓNICO:	KARUBA89çGMAIL.COM		TELÉFONO:	3138264462	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18A 100 10		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	76338967051

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3401 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 16.615.380
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



DERLY KARINA RUBIO BARBUDO
PS_3401_2026_C52D69

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DERLY KARINA RUBIO BARBUDO

CC: 1018431399

CEL: 3138264462

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

DERLY KARINA RUBIO BARBUDO

CON C.C N° 1.018.431.399

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO A ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3401 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 49.292.294	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 49.292.294	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 16.615.380
---	---------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS: TRES (3) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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	<p>1.Obligación 1: REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE SU ESPECIALIDAD.</p> <p>1.1.Actividades desarrolladas: se realizó consulta asistido con médicos generales con el fin de acoplar competencias en consultas resolutivas, 1.2.Productos (evidencias): registros en formato de registro de actividades de consulta tutorada</p>
2	<p>2. Obligación 2: LLEVAR REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN.</p> <p>2.1Actividades desarrolladas: Se realizó consulta de medicina familiar , registrada en la historia clínica ,para mantener actualizados los informes estadísticos , para cumplir con los procesos de costo y facturacion 2.2 Productos (evidencias): Registro de atención en dinamica</p>
3	<p>3. Obligación 3: CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA.</p> <p>3.1.Actividades desarrolladas: Se cumplió con las exigencia legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clínica . 3.2. Productos (evidencias): manejo de bases de datos de drive de plataforma institucional .</p>
4	<p>4. Obligación 4: PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA</p> <p>4.1.Actividades desarrolladas: Se realizó reunión de médicos familiares con área de dirección y gestión integral para desatar prioridades de intervención de riesgo modelo MÁS bienestar y realizar hoja de ruta de trabajo. 4.2.Productos (evidencias): Actas de reuniones con gestión integral de riesgo</p>
5	<p>5. Obligación 5: REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.</p> <p>5.1.Actividades desarrolladas:En este periodo no hubo evento de notificación obligatoria por notificar, mas sin embar se realizó socialización con médicos subprotocolo de notificación de cáncer infantil 5.2 Productos (evidencias): Actas de reunión , presentación evento 113</p>
6	<p>6.Obligación 6: REALIZAR RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGÚN SE REQUIERA.</p> <p>6.1Actividades desarrolladas : Se realizó socialización de auditoría de adherencia a registro vitales cn médico de ser diana turbay , san jorge 6.2 Productos (evidencias):Acta de reunión</p>
7	<p>7.Obligación 7: NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.</p> <p>7.1 Actividades desarrolladas: - se realizaron actividades de socialización por SER con profesionales , sobre ruta de sintomáticos respiratorios. criterios de remisión a consulta de 50 minutos de obstetricia , diana turbay, san jorge 7.2Productos (evidencias): actas de reunión</p>

8	<p>8. Obligación 8: IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE.</p> <p>8.1 Actividades desarrolladas: se realizaron grupos de análisis con personal a, asistencial, administrativo de SER, SAN JORGE, DIANA TURBAY para estrategia orientadora (todos somos orientadores) para la realización efectiva de ordenamientos, procedimientos generados en consulta para los apcientes</p> <p>8.2 Productos (evidencias): Actas de reunión</p>
9	<p>9. Obligación 9: DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD</p> <p>9.1 Actividades desarrolladas: se diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad</p> <p>9.2 Productos (evidencias): diligenciamiento de formatos de actas , listado de asistencia de las diferente actividades realizadas,</p>
10	<p>10.Obligación 10: DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA.</p> <p>Actividades desarrolladas:en este periodo no hubo consentimientos informados que diligenciar.</p> <p>Productos (evidencias): NO aplica.</p>
11	<p>11.Obligación 11. PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN</p> <p>11.1Actividades desarrolladas: se gestionó articulación con gestión de riesgo, para la gestión activa desde la unidad de la ruta cardiovascular ,, y pacientes con sífilis general como dato crítica gestionar</p> <p>11.2Productos (evidencias): Acta de reunión 009</p>
12	<p>12.Obligación 12: INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN.</p> <p>12.1 Actividades desarrolladas: se realizó actividades de información al paciente y su familiar durante la consulta turada con medicina general y la consulta de medicina familiar</p> <p>12.2 Productos (evidencias): registro de historia clínica en dinámica formato de registro de actividades</p>
13	<p>13. Obligación 13: EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERON</p> <p>13.1 Actividades desarrolladas:se emitieron conceptos médicos en durante la consulta turada con medicina general y la consulta de medicina familiar</p> <p>13.2 Productos (evidencias): registro de historia clínica en dinámica formato de registro de actividades</p>
14	<p>14 Obligación 14: APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE</p> <p>14.1 Actividades desarrolladas: se apoyo el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente</p> <p>14.2 productos (evidencias): actas de reuniones modelo mas bienestar,</p>
15	<p>15. obligación 15: conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos y demas establecidos por la entidad, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.</p> <p>15.1 actividades desarrolladas: se dio conocer y dio cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos y demas establecidos por la entidad, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.</p> <p>15.2 productos (evidencias): acta de reunion de capacitacion auditorias de socilizaciond e registro de signos vitales l, plan y cronograma de capacitaciones ,presentacion unidades modelo mas bienestar</p>
16	<p>16. Obligación 16: APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, RELACINADAS CON EL CUMPLIMINTO DE SUS ABLIGACIONES CONTRACTUALES.</p> <p>16.1 actividades desarrolladas: se apoya a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, relacinadas con el cumplimiento de sus abligaciones contractuales.</p> <p>16.2 productos (evidencias): asiste a reuniones intersectoriales (actas de reunión) , socializacion modelo mas bienestar interinstitucional</p>
17	<p>17. Obligación 17: PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA</p> <p>17.1 Actividades desarrolladas: se participó en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área como plantillas de educación en salud</p> <p>17.1 Productos (evidencias): plantillas de educación en salud</p>
18	<p>18. Obligación 18: INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.</p> <p>18. Actividades desarrolladas: Se notificaron con pronti y por los canales correspondientes, novedades que afectaron a favor y en contra del cumplimiento de las obligaciones contractuales</p> <p>18. Productos (evidencias): NO APLICA</p>
19	<p>19 Obligación 19: APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</p> <p>19.1 Actividades desarrolladas: Se asiste a mesas de participación social intersectoriales , mesas de capacitación en modelo mas bienestar .</p> <p>19.2 Productos (evidencias): listado de asistencias</p>

20	Obligación 20: SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR Actividades desarrolladas: se realizo asistencia a unidades ser dian turbay, san jorge, antonio nariño acompañamiento continu con medigo generales ,e enfermeria , para asitecna en criterios clinicos manejo y tratamiento de pacientes Productos (evidencias): Acta de reunion líder de sedes
21	21. Obligación 21: SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR 21,1Actividades desarrolladas: se realizo asistencia a unidades ser dian turbay, san jorge, antonio nariño acompañamiento continu con medigo generales ,e enfermeria , para asitecna en criterios clinicos manejo y tratamiento de pacientes 21.2 Productos (evidencias): Acta de reunion líder de sedes
22	Obligación 22: LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR. Actividades desarrolladas: Se ejecutaron oportunamente las actividades para dar cumplimiento a las obligaciones de este contrato Productos (evidencias): activador continua presencial en la unidades SER

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 37102929	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/04/17	\$ 800.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/17	\$ 1.024.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/17	\$ 156.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.980.000


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>DERLY KARINA RUBIO BARBUDO PS_3401_2026_C52D69</p> <p>DERLY KARINA RUBIO BARBUDO CC: 1018431399</p>
---------------------------------------	---



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_3401_2026_C52D69

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

RAZÓN SOCIAL :	DERLY KARINA RUBIO BARBUDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1018431399
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-04-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-24
FECHA DE PAGO:	2026-04-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	37102929
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37102929
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	\$ 6.400.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 800.000	\$ 800.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 6.400.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.024.000	\$ 1.024.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 6.400.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 156.000	\$ 156.000
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 6.400.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 38.400	\$ 38.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.018.400	\$ 2.018.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/05/2026
----------------------------------	------------

Espacio para
Logo Corporativo

DERLY KARINA RUBIO BARBUDO
NIT 1.018.431.399-9
CR 71 54 78
Tel: (057) 3138264462
Bogotá - Colombia
karuba89@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. FE 123

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3282828
Dirección	Transversal 5 Este 19 50 sur	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	28/04/2026, 10:17
Expedición	28/04/2026, 10:17
Vencimiento	28/04/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	actividades como médico especialista en medicina familiar en dirección de servicios ambulatorios abril 2026 Contrato PS3401 2026	186.00	89,330.00	16,615,380.00

Total items: 1

Total Bruto	16,615,380.00
Total a Pagar	16,615,380.00

Valor en Letras:

Dieciséis millones seiscientos quince mil trescientos ochenta pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Consignación bancaria - Transferencia \$ 16,615,380.00

Observaciones:

Favor consignar a mi nombre en la Cuenta de Ahorros No. 763-389670-51 Bancolombia.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764104924624 aprobado en 20260122 prefijo FE desde el número 118 al 200 Vigencia: 6 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 2138704ee0fb16c1fdf3be9d76122f6756e2d4c0d211ea197285ae7a368e8c6b1949cddc64160394c12a7edb46f6b42d



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

2 [Condiciones](#)

VER CONTRATO

3 [Bienes y servicios](#)

Ejecución del Contrato

4 [Documentos del Proveedor](#)

Porcentaje Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

Plan de Pagos

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

7 Ejecución del Contrato

8 [Modificaciones del Contrato](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 [Incumplimientos](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> PS_3401_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_3401_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle