

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1626 2022 C.D.P. No.: 105 Proceso que pertenece: AMBULATORIOS
Servicio al que pertenece: CONSULTA EXTERNA
Unidad a la que pertenece: CAPS QUIRCALES

Nombre del Contratista: GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ C.C. 1.032.508.813 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2022-01-02 Fecha Terminación Inicial: 2022-04-30 Valor Mensual: \$ 14.128.000 Valor a cobrar: \$ 20.432.110

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	\$ 22.161.000	992	2022-05-01	2022-05-31	1	FEBRERO	\$ 16.600.000	\$ 2.735.700	9430388696	02/01/2022
2					2	MARZO	\$ 21.746.000	\$ 2.120.600	9431704766	01/03/2022
3					3	ABRIL	\$ 21.331.000	\$ 2.777.900	9433226698	04/04/2022
4					4	MAYO	\$ 20.432.110	\$ 2.725.000	9434558235	04/05/2022
5					5					
6					6					
7					7					
8					8					
9					9					
10					10					
11					11					
12					12					
13					13					
14					14					
15					15					
16					16					
17					17					
18					18					
19					19					
20					20					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 59.760.000	\$ 81.921.000	\$ 80.109.110	\$ 1.811.890

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

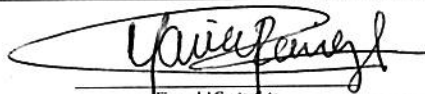
Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-05-01 Hasta: 2022-05-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención	Se realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión.	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA
2	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	Se lleva 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	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA
3	3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Se Cumplió con la prestación de los servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la Sub Red, acogiendo las directrices institucionales.	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA
4	4. Participar en la programación de actividades del área	Se realizaron las actividades según las necesidades de la Sub Red dando cobertura en todas las unidades según necesidad.	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA
5	5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se reportan los eventos de notificación con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA
6	6. Realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera	Se realizan los resúmenes de Historia Clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales según se requiera	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA
7	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	Se notifican los sucesos que se presenten en el servicio, y se participa en los análisis a los que sea convocado y se implementa las acciones de mejora definidas	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA
8	8. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Se entregan las instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA
9	9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Se diligencia en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA
10	10. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada	Se diligencia el consentimiento informado acorde con la atención brindada	HISTORIA CLÍNICA, RIPS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, LISTADO DE ASISTENCIA

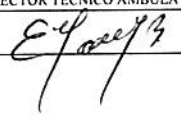
Observaciones:

239 Hras

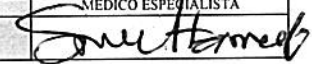
Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.


Firma del Contratista
C.C. 1.032.508.813 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1

NOMBRE:	EDILSA ESTHER MAURY
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO AMBULATORIOS
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2

NOMBRE:	SANTOS FIDEL HERRERA CACERES
CARGO:	MEDICO ESPECIALISTA
FIRMA	

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : bcdc993330007160d96a81571e4434caee59c3b4d60196dbf5181ba4ee52d
aa2c0c7790591be200481ed7ddf303916fb
Número de Factura: FVE-15
Fecha de Emisión: 08/05/2022
Fecha de Vencimiento: 18/05/2022
Tipo de Operación: 10 - Estándar

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

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: RAMIREZ GOMEZ GREISY YANNINA
Nombre Comercial: RAMIREZ GOMEZ GREISY YANNINA
Nit del Emisor: 1032508813
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: AK 50 1 51 AP 202
Teléfono / Móvil: 3108687294
Correo: greisyanninaramirez@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nombre Comercial: 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-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 05 43
Teléfono / Móvil:
Correo: greisyanninaramirez@hotmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	ITC	%	
1	85100000-0	SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES	NIU	1,00	\$ 20.432.110,00							\$ (20.432.110,00)

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor
------	------	--------	-------------	---	-------

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo
-----	--------------	-------------

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido
-----	-------	----------------

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia
------------------------------	-------------------	------------------

[illegible]

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,450,600	\$0	\$0	\$1,450,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,450,600	\$0	\$0	\$1,450,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$207,900	\$0	\$0	\$207,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$207,900	\$0	\$0	\$207,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,066,500	\$0	\$0	\$1,066,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$1,066,500	\$0	\$0	\$1,066,500
TOTAL				1	\$2,725,000	\$0	\$0	\$2,725,000