Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.032.508.813				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1108 2025		FECHA INICIO CONTRATO	1/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 81.249.520	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 81.249.520		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 20.312.380	
N° DE INFORME:	3	N° CRP:	4496	N° CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRCLAUDIA MELO-DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	0	PRORROGAS	0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA	

ITEM	IV. 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	Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi profesión
2	Se realizo el registro correcto de la historia clinica de los diagnosticos como de procedimientos
3	Se mantuvo la reserva de la información y se realiza una atencion basada en las normativas vigentes
4	Se realizo fichas de notificaciones, segùn protocolos vigentes.
5	Se Diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, s
6	Se realizo las notificaciones, correspondientes y se realizo acompañamiento en las revisiones

7	Se Impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
8	Diligencie en forma adecuada los formatos e instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad
9	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada. Realice seguimiento y control a pacientes que lo requerian
10	Se realizo actividades de atencion y se explicaron planes de egreso como de recomendaciones
11	Se emitio concepto medico y se Realizó resúmenes de historia clínica, epierisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera
12	Se cumplieron las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente
13	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos Apoye actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.
14	Apoye a la Entidad en las actividades según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, relacinadas con el cumpliminto de mis obligaciones contractuales. Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones.
15	Realice 220 horas las cuales son 196 horas de consulta externa. promedio de 588 consultas y 24 horas de turno en Urgencias

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9481499983	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	10/2/2025	$ 951.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/2/2025	$ 1.293.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	10/2/2025	$ 185.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.429.900

VI. 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

Greisy Ramirez

GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ
CC:1032508813
CEL: 3108687294

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ	**CC:**	1032508813
		RUT (NIT):	103258813-0
CORREO ELECTRÓNICO:	greisyanninaramirez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3108687294
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AK 68 # 5- 75	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe infonnar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**476600057923**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1108 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	**4496**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/1/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/4/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 81.249.520**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**20.312.380**
	VEINTE MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE					

Greisy Ramirez

GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ
C.C 1032508813
cel: 3108687294

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.032.508.813		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1108 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				81.249.520,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 81.249.520,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 20.312.380,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	3	**N° CRP INICIAL:**	4496	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9481499983		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DR. CLAUDIA MELO -DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		XX	

IV. 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 (01/03/2025 AL 31/03/2025)

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
DR. CLAUDIA MELO
CARGO:
DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
EDISON SANCHEZ QUINTERO
PERFIL:
ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032508813		RAMIREZ GOMEZ GREISY YANNINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	sidencial iconik 68	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108687	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1251918590	9481499983	I	2025/03/05	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,429,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,293,500	$0	$0	$1,293,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,293,500	$0	$0	$1,293,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,400	$0	$0	$185,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$185,400	$0	$0	$185,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$951,000	$0	$0	$951,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$951,000	$0	$0	$951,000
TOTAL				1	$2,429,900	$0	$0	$2,429,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032508813		RAMIREZ GOMEZ GREISY YANNINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	sidencial iconik 68	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108687	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1251918590	9481499983	I	2025/03/05	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,429,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1032508813	RAMIREZ GREISY																		25-14	30	$7,608,000	$1,293,500	EPS010	30	$7,608,000	$951,000		0	$0	$0	14-7	30	$7,608,000	$185,400	0	$0	$0	No	$2,429,900
Total	Afiliados(1)																						$7,608,000	$1,293,500			$7,608,000	$951,000			$0	$0			$7,608,000	$185,400		$0	$0		$2,429,900

2025/03/10 09:25 AM

Espacio para
Logo Corporativo

GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ
NIT 1.032.508.813-0
AK 50 1 51 AP 202
Tel: (601) 3108687294
Bogotá - Colombia
greisyanninaramirez@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FVE 48

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 4431790
Dirección	: DG 34 05 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	11/03/2025, 08:08
Expedición	11/03/2025, 08:08
Vencimiento	11/04/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES	220.00	20,312,380.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Veinte millones trescientos doce mil trescientos ochenta pesos m/cte

Total Bruto	20,312,380.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	**20,312,380.00**

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-04-11 por $ 20,312,380.00

Observaciones:
Responsabilidad Fiscal 0-47 Régimen simple de tributación

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 18764090249030 aprobado en 20250310 prefijo FVE desde el número 48 al 500 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: c94dc7e8d68eff2234b14df7d75fc76baa4748be8c68212cafbbe44f6a5201a35757629eeb945bfe9b6cf00fb85f8a95

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8, Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML