

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ			CC:	1032508813	
CORREO ELECTRÓNICO:	GREISYANNINARAMIREZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3108687294	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AK 68 5 75			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	476600057923	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1108 2025	N° CDP:	1276	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 15.326.614					



GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ
PS_1108_2025_0E8727-2025-06-16 20:18:42

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ
CC: 1032508813
CEL: 3108687294

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ

CON C.C N° 1.032.508.813

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 81.249.520	No. HORAS EJECUTADAS	166
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 121.874.280	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 15.326.614
--	----------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	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.
2	Apoye a la Entidad en las actividades según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, relacinadas con el cumplimiento de mis obligaciones contractuales. Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones.
3	Realice 166 horas las cuales son 130 horas de consulta externa. promedio de 390 consultas y 36 horas de turno en Urgencias
4	Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi profesión
5	Se realizo el registro correcto de la historia clinica de los diagnosticos como de procedimientos
6	Se mantuvo la reserva de la información y se realiza una atencion basada en las normativas vigentes
7	Se realizo fichas de notificaciones, según protocolos vigentes.
8	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, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas
9	Se realizo las notificaciones, correspondientes y se realizo acompañamiento en las revisiones
10	Se Impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
11	Diligencie en forma adecuada los formatos e instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad
12	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada. Realice seguimiento y control a pacientes que lo requerian
13	Se realizo activades de atencion y se explicaron planes de egreso como de recomendaciones
14	Se emitio concepto medico y se Realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera
15	Se cumplieron las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente

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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-06-01) AL (2025-06-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9485854934	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/05/08	\$ 969.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/05/08	\$ 1.318.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/05/08	\$ 189.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.477.100
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	<div><div>GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ PS_1108_2025_0E8727-2025-06-16 20:18:42</div><hr/>GREISY YANNINA RAMIREZ GOMEZ CC: 1032508813</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_1108_2025_0E8727-2025-06-17 16:20:58</div><hr/>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

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	Valor
2025-05	2025-05	1468152863	9485854934	I	2025/06/05	2025/05/08	BANCO DAVIVIENDA	\$2,477,100

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	\$7,756,000	\$1,318,600	EPS010	30	\$7,756,000	\$969,500		0		\$0		\$0	14-7	30	\$7,756,000	\$189,000	0		\$0	\$0	No	\$2,477,100
Total Afiliados (1)																							\$7,756,000	\$1,318,600			\$7,756,000	\$969,500				\$0		\$0			\$7,756,000	\$189,000		\$0	\$0		\$2,477,100	

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
2025-05	2025-05	1468152863	9485854934	I	2025/06/05	2025/05/08	BANCO DAVIVIENDA	0	\$2,477,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,318,600	\$0	\$0	\$1,318,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,318,600	\$0	\$0	\$1,318,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,000	\$0	\$0	\$189,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$189,000	\$0	\$0	\$189,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$969,500	\$0	\$0	\$969,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$969,500	\$0	\$0	\$969,500
TOTAL				1	\$2,477,100	\$0	\$0	\$2,477,100

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 51

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	03/06/2025, 16:34
Expedición	03/06/2025, 16:34
Vencimiento	18/06/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES	166.00	15,326,614.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Quince millones trescientos veintiseis mil seiscientos catorce pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-06-18 por \$ 15,326,614.00

Observaciones:

Responsabilidad Fiscal 0-47 Régimen simple de tributación

Total Bruto	15,326,614.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	15,326,614.00

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

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: 779db1802e7dfee1a62696f3362b90df11b13e374dc01e719eb12cc371f3f057b744aac617913243916204788eda65e1