

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

|                          |                                 |                 |            |            |             |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------|------------|------------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | LORENA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ | CC:             | 1016018147 |            |             |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | LOMARAGON@HOTMAIL.COM           | TELÉFONO:       | 3214910786 |            |             |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | CR 90 22C 59 INT 3 AP 403       | CIUDAD:         | BOGOTA     |            |             |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA                     | TIPO DE CUENTA: | AHORROS    | N° CUENTA: | 66987291711 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |  |               |
|--------------------------|------------------------------|--|---------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 1646 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 10.423.620 |
| 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 |  |               |



LORENA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ  
PS\_1646\_2025\_3C4036

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LORENA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ

CC: 1016018147

CEL: 3214910786

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

**LORENA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ**

**CON C.C N°**

**1.016.018.147**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> | 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. |
|-----------------------------|--|

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 1646 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/01/01</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |               |                             |            |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 57.909.000 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>108</b> |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

|   |                |  |               |
|---|----------------|--|---------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 145.930.680 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 10.423.620 |
|---|----------------|--|---------------|

|  |                         |
|--|-------------------------|
| <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b> | <b>TRECE (13) MESES</b> |
|--|-------------------------|

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b> | <b>HOSPITAL SANTA CLARA</b> |
|--|-----------------------------|

|                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> | <b>JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS</b> |
|-------------------------------|---------------------------------------|

|             |  |
|-------------|--|
| <b>ITEM</b> | <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|-------------|--|

1. Realizo valoración de pacientes del servicio de Medicina Interna 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
3. 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.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. 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.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. 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.
18. 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.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

20. 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.
21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.
22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
24. Cumpló oportunamente 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° 4487424 | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD    | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | COMPENSAR  | 2026/01/09    | \$ 527.500   |
| PENSIÓN:           | PROTECCION | 2026/01/09    | \$ 675.200   |
| RIESGOS LABORALES: | SURA       | 2026/01/09    | \$ 102.800   |
| OTRO               |            |               |              |
| TOTAL PAGADO       |            |               | \$ 1.305.500 |

**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**



LORENA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ

PS\_1646\_2025\_3C4036

**LORENA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ**

**CC: 1016018147**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS\_1646\_2025\_3C4036

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**

**SUPERVISOR ALTERNO**



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

PS\_1646\_2025\_3C4036

**JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

**Información básica de la planilla**

|                                |                                 |                                       |                |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| <b>Empresa:</b>                | LORENA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ | <b>NIT:</b>                           | 1016018147     |
| <b>Tipo Planilla:</b>          | I                               | <b>Periodo liquidación Pensiones:</b> | diciembre 2025 |
| <b>Sucursal o Dependencia:</b> | PRINCIPAL                       | <b>Periodo liquidación Salud:</b>     | diciembre 2025 |
| <b>Número de Radicación:</b>   | 4487424                         | <b>Total a pagar:</b>                 | \$1,305,500    |
| <b>Fecha de vencimiento:</b>   | 14/01/2026                      | <b>Total de empleados:</b>            | 1              |
| <b>Fecha de Pago:</b>          | 09/01/2026                      | <b>Número de Administradoras:</b>     | 3              |

**Detalles del pago**

|                                  |                                       |                             |                          |
|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <b>Razón social recaudo:</b>     | Compensar OI                          | <b>Nit recaudo:</b>         | 9998600669427            |
| <b>Descripción:</b>              | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | <b>Medio de Pago:</b>       | Pago Electronico por PSE |
| <b>Banco:</b>                    | BANCOLOMBIA                           | <b>Número Autorización:</b> | 2070690418               |
| <b>Estado de la transacción:</b> | Transacción aprobada                  |                             |                          |

| Código | NIT       | Administradoras               | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|--------|-----------|-------------------------------|----------------|--|--|--------------|
| 14-23  | 860011153 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  | 1              |  | \$0  | \$102,800    |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1              |  | \$0  | \$675,200    |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS                 | 1              |  | \$0  | \$527,500    |
|        |           |                               |                |  |  | \$1,305,500  |

**\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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 1646 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf                    | 1. PS 1646 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf         | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2. PS 1646 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf                  | 2. PS 1646 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf       | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf                 | 3. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 4. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf                 | 4. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 5. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf                  | 5. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf       | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 6. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf                 | 6. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 1 PS 1646 2025 CRP-6272.pdf                                    | 1 PS 1646 2025 CRP-6272.pdf                         | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 2 PS 1646 2025 CRP-15219.pdf                                   | 2 PS 1646 2025 CRP-15219.pdf                        | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 1646 2025 16-07-2025.pdf            | COMUNICACION SUPERVISOR PS 1646 2025 16-07-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 7. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf                 | 7. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 3 PS 1646 2025 CRP-18883.pdf                                   | 3 PS 1646 2025 CRP-18883.pdf                        | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 8. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf                | 8. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf     | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 9. 1646 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf               | 9. 1646 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 10. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf              | 10. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 1. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf (Archivado) | 1. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 11. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf            | 11. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 12. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf            | 12. PS 1646 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Espacio para  
Logo Corporativo

LORENA MARCELA RAMIREZ  
GONZALEZ  
NIT 1.016.018.147-2  
LORENA MARCELA RAMIREZ  
GONZALEZ  
CR 53 A 127 70 BL 5 AP 218  
Tel: (601) 3214910786  
Bogotá - Colombia  
lomaragon@hotmail.com



Factura electrónica de venta  
No. LMRG 40

|                  |   |                 |                   |
|------------------|---|-----------------|-------------------|
| <b>Señores</b>   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |                 |                   |
| <b>NIT</b>       | 900.959.051-7   | <b>Teléfono</b> | (601) 0000000     |
| <b>Dirección</b> | No aplica   | <b>Ciudad</b>   | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>Generación</b>    | 13/01/2026, 11:40 |
| <b>Expedición</b>    | 13/01/2026, 11:40 |
| <b>Vencimiento</b>   | 13/01/2026        |

| Ítem | Descripción                       | Cantidad | Vr. Total     |
|------|-----------------------------------|----------|---------------|
| 1    | HONORARIOS ENERO MEDICINA INTERNA | 108.00   | 10,423,620.00 |

**Total items: 1**

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| <b>Total Bruto</b>   | 10,423,620.00 |
| <b>Total a Pagar</b> | 10,423,620.00 |

**Valor en Letras:**

Diez millones cuatrocientos veintitres mil seiscientos veinte pesos m/cte

**Forma de pago:**

Contado

**Medio de pago:**

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 10,423,620.00

**Observaciones:**

Consignar a la cuenta de ahorros BANCOLOMBIA No.66987291711

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 18764075597445 aprobado en 20240723 prefijo LMRG desde el número 1 al 100 Vigencia: 24 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66\*1000  
CUFE: 41e14a0b362e105d36532493fa026c37a01eb5e450c42bc11fcb27a17cd1345260055c3d702476f31fa6732157eda181

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - NIT 830.046.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML