

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES MAURICIO RAMIREZ MAUSSA		CC:	1015435353	
CORREO ELECTRÓNICO:	anmarama1128@gmail.com		TELÉFONO:	3015377974	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TRASVERSAL 53D # 129 - 30		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	34151948407

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1981 2025	N° CDP:	0	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 2025/07/01 AL 2025/07/11					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 3.441.780



ANDRES MAURICIO RAMIREZ MAUSSA
PS_1981_2025_582E4D-2025-07-15 19:14:53

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDRES MAURICIO RAMIREZ MAUSSA

CC: 1015435353

CEL: 3015377974

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

ANDRES MAURICIO RAMIREZ MAUSSA

CON C.C N°

1.015.435.353

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO EMERGENCIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1981 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 91.780.800	No. HORAS EJECUTADAS	36
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 91.780.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.441.780
---	---------------	--	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
-------------------------------	----------------------------

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	Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
2	Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
3	Y Las Demas Actividades Asignadas Por La Supervisión De Contrato
4	Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
5	Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
6	Lleve registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion
7	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos de las historias clinicas, consentimiento informado reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.
8	Coordine el area de urgencias de manera integral y cientifica, envíe el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades y gestione la liberacion de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios

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 (2025-07-01) AL (2025-07-11)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488730435	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/09	\$ 1.250.000

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/09	\$ 1.700.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/09	\$ 243.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.193.600



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><i>ANDRES MAURICIO RAMIREZ MAUSSA</i> <i>PS_1981_2025_582E4D-2025-07-15 19:14:53</i></p> <p>ANDRES MAURICIO RAMIREZ MAUSSA CC: 1015435353</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ</i> <i>PS_1981_2025_582E4D-2025-07-16 16:23:35</i></p> <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

Factura Electrónica De Venta No. ARM 127

Ver. UBL 2.1

Forma de Pago: Crédito
Plazo: 4 días
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Moneda: COP
Total de Líneas: 1

Fecha de Validación: 08/07/2025 11:55 AM
Fecha de Generación: 08/07/2025 11:55 AM
Fecha de Vencimiento: 12/07/2025
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN No responsable
Responsabilidad Tributaria: ZZ - No Aplica
(49) No responsable de IVA

Emisor : ANDRES MAURICIO RAMIREZ MAUSSA
Razón Social: ANDRES MAURICIO RAMIREZ MAUSSA
CE: 1015435353-8
Teléfono: + (57) 3015377974
Correo Electrónico: 14ramirezfactura@gmail.com
Dirección: TV 53 D 129 30 AP 1108
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Receptor : SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Razón Social SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT: 900959051-7
Teléfono: +(57) 344 4484
Correo Electrónico: 14ramirezfactura@gmail.com
Dirección: DG 34 5 43
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN No responsable
Responsabilidad Tributaria: ZZ - No Aplica
Régimen Fiscal: (49) No responsable de IVA
País: Colombia
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.



#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA%	IVA	Total
1	01	HONORARIOS MEDICOS, POR PACIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE URGENCIAS Y REANIMACION	HONORARIOS MEDICOS, POR PACIENTES ATENDIDOS EN UNIDAD DE URGENCIAS Y REANIMACION	36.00	unidad	95,605.00	3,441,780.00	0	0.00	3,441,780.00

Detalles:

Son: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS

Servicios prestados del 1 al 31 de Julio del 2025 Nro. De Contrato PS 2772 2024 72 Horas Unidad de urgencias; Valor hora \$95,605. Favor consignar a la cuenta de ahorros No. 341-519484-07 del Banco: Bancolombia

CUFE :

da32759263e02a57137127c3160ad1f215b947fe25b545327beff1fc1ed11fb9b5715e6d380a5b9f0c958b0c8960235b

Detalle de Venta

Subtotal :	COP 3,441,780.00
Descuento :	COP 0.00
Monto Bruto :	COP 3,441,780.00
Monto IVA :	COP 0.00
Total Venta:	COP 3,441,780.00
Total:	COP 3,441,780.00
Saldo Restante:	COP3,441,780.00

Autorizado DIAN para la Facturación Digital.

Generada por: <https://facto.co>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015435353		RAMIREZ MAUSSA ANDRES MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 53 d # 129 d 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5377974	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1615642141	9488730435	I	2025/07/11	2025/07/09	BANCOLOMBIA	0	\$3,393,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$10,000,000	\$1,700,000			\$10,000,000	\$1,250,000			\$10,000,000	\$200,000			\$10,000,000	\$243,600			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$10,000,000	\$1,700,000			\$10,000,000	\$1,250,000			\$10,000,000	\$200,000			\$10,000,000	\$243,600			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$10,000,000	\$1,700,000			\$10,000,000	\$1,250,000			\$10,000,000	\$200,000			\$10,000,000	\$243,600			\$0	\$0
1	CC 1015435353	RAMIREZ ANDRES	25-14	30	\$10,000,000	\$1,700,000	EPS005	30	\$10,000,000	\$1,250,000	CCF24	30	\$10,000,000	\$200,000	14-11	30	\$10,000,000	\$243,600	30		\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$10,000,000	\$1,700,000			\$10,000,000	\$1,250,000			\$10,000,000	\$200,000			\$10,000,000	\$243,600			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015435353		RAMIREZ MAUSSA ANDRES MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 53 d # 129 d 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5377974	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1615642141	9488730435	I	2025/07/11	2025/07/09	BANCOLOMBIA	0	\$3,393,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,700,000	\$0	\$0	\$1,700,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,700,000	\$0	\$0	\$1,700,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$243,600	\$0	\$0	\$243,600	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$243,600	\$0	\$0	\$243,600	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,250,000	\$0	\$0	\$1,250,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,250,000	\$0	\$0	\$1,250,000	
TOTAL				1	\$3,393,600	\$0	\$0	\$3,393,600	