

		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: 5 FECHA: 2024-09-09	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ			CC:		79417468
CORREO ELECTRÓNICO:		JAOMEJIA@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:		3153537266
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 19B 109 09			CIUDAD:		BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:		102554896
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
N° DEL CONTRATO:		PS 1732 2025	N° CDP:	2526	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO		2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01		
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 11.040.000					
 JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ PS_1732_2025_C0A740 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ CC: 79417468 CEL: 3153537266							

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ

CON C.C N°79.417.468

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1732 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 80.040.000	No. HORAS EJECUTADAS	96
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 177.330.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 11.040.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN

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	Como profesional en anestesia, realizó actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de mi especialidad, incluyendo valoración prequirúrgica, selección del tipo de anestesia según el estado del paciente y el procedimiento, verificación de la lista de seguridad quirúrgica, monitoreo intraoperatorio bajo estándares nacionales e internacionales, y seguimiento postoperatorio hasta el egreso del paciente, garantizando un actuar ético, científico y humanizado. Brindó atención oportuna, pertinente e integral, en un entorno personalizado y con enfoque en calidad, equidad y seguridad del paciente. Cumpló con el diligenciamiento de registros clínicos, record de anestesia y respeto por los derechos del paciente y las normas éticas y legales vigentes. Participo en actividades de prevención, mejora continua, supervisión y apoyo a procesos administrativos y técnicos, incluyendo notificación de eventos, manejo adecuado de recursos, seguimiento clínico y colaboración en estudios o investigaciones relacionados con mi especialidad. Además, mantengo actualizados los requisitos normativos como RETHUS, MIPRES y RUAF, y participó activamente en las actividades institucionales programadas.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7986824574	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/11	\$ 690.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/11	\$ 883.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/11	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.573.200

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ

PS_1732_2025_C0A740

JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ

CC: 79417468

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1732_2025_C0A740

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_1732_2025_C0A740

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b930c347077fb706c6e233dfb26a7b2305732f20b09cffe8743df722950afdadd798e230f0049566ae5adebd0bef4269

Número de Factura: FEAN-128
Fecha de Emisión: 11/09/2025
Fecha de Vencimiento: 09/10/2025
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: MEJIA RAMIREZ JAIME ANDRES ORLANDO
Nombre Comercial: MEJIA RAMIREZ JAIME ANDRES ORLANDO
Nit del Emisor: 79417468
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 19 B 109 09 AP 501
Teléfono / Móvil: 3153537266
Correo: jaomejia@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: 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: DIAG 34 5 43
Teléfono / Móvil: 3444484
Correo: contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	001 HONORARIOS MEDICOS	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS EN ANESTESIOLOGIA	NIU	96,00	\$ 115.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 11.040.000,00

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo
1	HONORARIOS ANESTESIOLOGIA POR PRESTACION DE SERVICIOS DEL 1 AL 30 SEPTIEMBRE DE 2025. PS 1732-2025 REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION	

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
11/09/2025 14:41:14
Documento validado por la
DIAN:
11/09/2025 14:41:15
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		0
Subtotal		11040000
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		11040000
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		11040000
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)		COP \$ \$ 11040000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal		11.040.000,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		11.040.000,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		11.040.000,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)		COP \$ \$ 11.040.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764075800461 Rango desde: 101 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-07-25

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE												DATOS GENERALES DE LA PLANILLA											
TIPO IDENTIFICACIÓN:			CÉDULA DE CIUDADANÍA			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:			79417468			NÚMERO PLANILLA:			7986824574			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES		
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BOGOTA DISTRITO CAPITAL			DEPARTAMENTO:			JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ			PERIODO COTIZACIÓN OTROS			MES			agosto AÑO			2025		
CIUDAD/MUNICIPIO:			CR 19 B 109 09 AP 501			TELÉFONO:			BOGOTA - DISTRITO CAPITAL			DÍAS DE MORA:			0			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:			MES		
DIRECCIÓN:			02-INDEPENDIENTE			CLASE APORTANTE:			7777777			FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/09/11			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1769894947		
TIPO APORTANTE:			PRIVADA			ACTIVIDAD ECONOMICA:			I-INDEPENDIENTE														
TIPO EMPRESA:			SUCURSAL			SUCURSAL / DEPENDENCIA:			002 - CONTRATO 2														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):									NO														

TOTAL APORTES A PENSIÓN																	
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO		
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 883.200	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 883.200	\$ 0	\$ 883.200		
SUBTOTALES:												\$ 883.200	\$ 0	\$ 883.200			

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 690.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 690.000	\$ 0	\$ 0	\$ 690.000		
SUBTOTALES:													\$ 690.000	\$ 0	\$ 0	\$ 690.000		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES											SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						PARAFISCALES														
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	CCF	SENA
1	CC 79417468	MEJIA RAMIREZ JAIME ANDRES ORLANDO	INDEPEND		\$ 5.520.000			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	5.520.000	\$ 883.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 883.200	EPS008-COMPENSAR	30	5.520.000	\$ 690.000	\$ 0	\$ 690.000			\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:

\$ 1.573.200