

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
ee37bb770bf2f3f13e98a003647ce2bd7445d711bbf062ee07fdf4301ba2bf87fef20fef2fe2b66dbd4233d6a8967f3a  
Número de Factura: FEAN-130  
Fecha de Emisión: 12/10/2025  
Fecha de Vencimiento: 11/11/2025  
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<br>HONORARIOS<br>MEDICOS | PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS EN ANESTESIOLOGIA | NIU | 156,00   | \$ 115.000,00   | \$ 0,00           | \$ 0,00         |           |   |     |   | \$ 17.940.000,00         |

## Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo   | Valor Campo |
|-----|--|-------------|
| 1   | HONORARIOS ANESTESIOLOGIA POR PRESTACION DE SERVICIOS DEL 1 AL 31 OCTUBRE DE 2025. PS 1732 2025<br>REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION |             |

## Notas Finales

Línea de negocio:

## Datos Totales



Documento generado el:  
12/10/2025 14:12:17  
Documento validado por la  
DIAN:  
12/10/2025 14:12:17  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

|                |     |
|----------------|-----|
| MONEDA         | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0   |

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Subtotal</b>               | 17940000                  |
| Descuento detalle             | 0,00                      |
| Recargo detalle               | 0,00                      |
| <b>Total Bruto Factura</b>    | 17940000                  |
| IVA                           | 0,00                      |
| INC                           | 0,00                      |
| Bolsas                        | 0,00                      |
| Otros impuestos               | 0                         |
| <b>Total impuesto (=)</b>     | 0                         |
| <b>Total neto factura (=)</b> | 17940000                  |
| Descuento Global (-)          | 0,00                      |
| Recargo Global (+)            | 0,00                      |
| <b>Total factura (=)</b>      | <b>COP \$ \$ 17940000</b> |

### Valores informativos

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>ANTICIPOS</b> |   |
| Anticipos        | 0 |

|                    |      |
|--------------------|------|
| <b>RETENCIONES</b> |      |
| Rete fuente        | 0,00 |
| Rete IVA           | 0,00 |
| Rete ICA           | 0,00 |

|                |     |
|----------------|-----|
| MONEDA         | COP |
| TASA DE CAMBIO |     |

|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>Subtotal</b>               | 17.940.000,00                  |
| Descuento detalle             | 0,00                           |
| Recargo detalle               | 0,00                           |
| <b>Total Bruto Factura</b>    | 17.940.000,00                  |
| IVA                           | 0,00                           |
| INC                           | 0,00                           |
| Bolsas                        | 0,00                           |
| Otros impuestos               | 0,00                           |
| <b>Total impuesto (=)</b>     | 0,00                           |
| <b>Total neto factura (=)</b> | 17.940.000,00                  |
| Descuento Global (-)          | 0,00                           |
| Recargo Global (+)            | 0,00                           |
| <b>Total factura (=)</b>      | <b>COP \$ \$ 17.940.000,00</b> |

### Valores informativos

|                  |      |
|------------------|------|
| <b>ANTICIPOS</b> |      |
| Anticipos        | 0,00 |

|                    |      |
|--------------------|------|
| <b>RETENCIONES</b> |      |
| 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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

|                          |                                    |                 |           |            |           |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------|------------|-----------|
| 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                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 17.940.000 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 2025/09/01    |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 |  |               |



JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ  
PS\_1732\_2025\_B201A4

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**

**156**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 177.330.000

**VALOR DE HONORARIOS**

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 17.940.000

**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 quirúrgica, 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 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

|                     |                 |               |                     |
|---------------------|-----------------|---------------|---------------------|
| No. DE PLANILLA:    | N° 7991085097   | OPERADOR:     | SOI                 |
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO        |
| SALUD:              | COMPENSAR       | 2025/10/14    | \$ 552.000          |
| PENSIÓN:            | COLPENSIONES    | 2025/10/14    | \$ 706.600          |
| RIESGOS LABORALES:  | SEGUROS BOLIVAR | 2025/10/14    | \$ 0                |
| OTRO                |                 |               |                     |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |                 |               | <b>\$ 1.258.600</b> |

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 ibr se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún 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**



*JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ*

*PS\_1732\_2025\_B201A4*

**JAIME ANDRES ORLANDO MEJIA RAMIREZ**

**CC: 79417468**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1732\_2025\_B201A4*

**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\_B201A4*

**SAUL ARDILA DURAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Cancelar

Evaluación de la E

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 |                   |                  |                    |                           |        |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción  | Nombre del archivo                                  | Cargado por                         |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. PS 1732 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf         | 1. PS 1732 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf         | Comprador <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 2. PS 1732 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf       | 2. PS 1732 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf       | Comprador <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 3. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf      | 3. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf      | Comprador <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 4. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf      | 4. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf      | Comprador <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 5. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf       | 5. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf       | Comprador <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 6. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf      | 6. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf      | Comprador <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 2 PS 1732 2025 CRP-15231.pdf                        | 2 PS 1732 2025 CRP-15231.pdf                        | Comprador <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 1 PS 1732 2025 CRP-6343.pdf                         | 1 PS 1732 2025 CRP-6343.pdf                         | Comprador <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 7. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 (2).pdf  | 7. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 (2).pdf  | Proveedor <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 3 PS 1732 2025 CRP-18948.pdf                        | 3 PS 1732 2025 CRP-18948.pdf                        | Comprador <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 8. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf     | 8. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf     | Proveedor <a href="#">Descargar</a> |
| <input type="checkbox"/> 9. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | 9. PS 1732 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> |

Borrar

