

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8128007b584711c75d2f69900c4a1af56d72ae374aa1e0595cd3e188c6e7ac2c6163fc2490636f228475f7526b30f80c
Número de Factura: JAST-118
Fecha de Emisión: 06/11/2025
Fecha de Vencimiento: 06/11/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Concentración efectivo/Desembolso
Crédito plus (CCD+)
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO
Nombre Comercial: JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO
Nit del Emisor: 1098646435
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Bogotá D.C
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C
Dirección: CL 22 B 58 21 IN 5 AP 402
Teléfono / Móvil: 031|3013394021|
Correo: jaimealejandrosierratamayo@gmail.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: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá D.C
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C
Dirección: DG 34 5 43
Teléfono / Móvil: 0313444484
Correo:
radicacionfacturaelectronica@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	1	honorarios medicos mes de noviembre 2025	ZZ	1,00	\$ 16.444.060,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 16.444.060,00

Datos Totales



Documento generado el:
 06/11/2025 15:54:00
Documento validado por la DIAN:
 06/11/2025 15:57:00
XML Generado por: Proveedor Tecnológico
 830048145
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

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

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	

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

MONEDA	
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	
Total neto factura (=)	
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 16.444.060,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	

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

Numero de Autorización: 18764095760350 Rango desde: 98 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-01-17

DATOS GENERALES																																																											
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR																																											
CC	1098646435	JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO				ÚNICO	0	0	2025-10	2025-10	35280477		PRIVADA	I	14-7	86																																											
DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		ACTIVIDAD ECONÓMICA		VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO																																												
CLL 22 B N 58 21		BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	6945638	6945638	JAIMEALEJANDROSIERRATAMAYO@GMAIL.COM		8621		0	1	2025-11-06	2025-11-11																																												
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA																																																											
CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS																																									
EPS005	800251440	2058300	0	0	0	0	0	2058300	0	0	0	2058300	0	0	0	0	2058300	1																																									
TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA				TOTAL APORTES A ICBF Y SENA																																												
CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	ICBF																																									
25-14	900336004	2634600	0	0	89500	0	0	0	2813600	1	SINCCF	0	0	0	0	0	0	0	VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="11">TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES</th> </tr> <tr> <th>CÓD / NOMBRE ARL</th> <th>NIT ARL</th> <th>COT OBLIGATORIA</th> <th># AUT INC</th> <th>VALOR INC</th> <th>OTROS RIESGOS</th> <th>NETO COT</th> <th>DÍAS MORA</th> <th>INTERESES</th> <th>SUBTOTAL APORTES</th> <th>NÚM RAD ANTERIOR</th> <th>SALDO FAVOR</th> <th>FONDO SOL</th> <th>TOTAL PAGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14-7</td> <td>860002503</td> <td>401100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>401100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>401100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>401100</td> </tr> </tbody> </table>																					TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES											CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR	14-7	860002503	401100	0	0	0	401100	0	0	401100	0	0	0	401100
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES																																																											
CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR																																														
14-7	860002503	401100	0	0	0	401100	0	0	401100	0	0	0	401100																																														
TOTAL APORTES A ESAP																																																											
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR																																																					
0		0		0		0																																																					
TOTAL APORTES A MINISTERIO																																																											
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR																																																					
0		0		0		0																																																					
NÚMERO ADMINISTRADORAS																																																											
PENSIONES																	1																																										
SALUD																	1																																										
RIESGOS LABORALES																	1																																										
CAJAS COMPENSACIÓN																	1																																										
TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA																																																											
PENSIONES																	2813600																																										
SALUD																	2058300																																										
RIESGOS LABORALES																	401100																																										
CAJAS COMPENSACIÓN																	0																																										
SENA																	0																																										
ICBF																	0																																										
ESAP																	0																																										
MINISTERIO																	0																																										
GRAN TOTAL																	5273000																																										

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 1710 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1710 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 2. PS 1710 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1710 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 3. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 4. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 5. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 6. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 1 PS 1710 2025 CRP-6326.pdf	1 PS 1710 2025 CRP-6326.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 2 PS 1710 2025 CRP-15228.pdf	2 PS 1710 2025 CRP-15228.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 7. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/> 3 PS 1710 2025 CRP-18934.pdf	3 PS 1710 2025 CRP-18934.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 8. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/> 9. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/> 10. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1710 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO		CC:	1098646435	
CORREO ELECTRÓNICO:	JAIMEALEJANDROSIERRATAMAYO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3013394021	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22B 58 21		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	79372847196

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1710 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 16.444.060
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO
PS_1710_2025_59E714

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO

CC: 1098646435

CEL: 3013394021

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

JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO

CON C.C N°

1.098.646.435

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NEUROCIRUJANO 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 1710 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

75.719.160

No. HORAS EJECUTADAS

172

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

194.556.175

VALOR DE HONORARIOS

PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 16.444.060

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

ONCE (11) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

SAUL ARDILA DURAN

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 neurocirugía debe estudiar, diagnosticar y tratar oportunamente patologías neuroquirúrgicas del cerebro y la columna vertebral, con un enfoque ético, científico y humano. Su labor incluye brindar atención integral y segura, cumplir con protocolos y normativas vigentes, mantener registros clínicos completos y participar activamente en procesos de calidad, formación, seguridad del paciente y supervisión institucional, asegurando siempre la protección de la información, el uso adecuado de los recursos y la satisfacción del paciente.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 35280477	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/06	\$ 2.058.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/06	\$ 2.813.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/06	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 4.871.900

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 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



JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO

PS_1710_2025_59E714

JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO

CC: 1098646435

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1710_2025_59E714

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_1710_2025_59E714

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO