| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

**JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS**

**CON C.C Nº** **1.085.273.972**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1280 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **21/01/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** **34.745.400** | **PLAZO INICIA** | DOS (2) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** **151.528.550** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **S 12.739.980** |
| **Nº DE INFORME:** | 12 | **Nº CRP:** | 13470 | **Nº CDP:** | 146 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS | | | | |

| | |
|---|---|
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | ISC HOSPITAL SANTA CLARA |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 6 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 6 | **PRORROGAS** | | 6 |
| **VALOR ADICIONADO** | 14.927.653 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 935 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 21187 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 321.717 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1260 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 24098 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 15.635.430 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1631 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 28911 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 12.160.890 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2204 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 32302 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 52.118.100 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2622 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 36251 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES(3) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | 21619360 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3757 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 45643 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº DE PÓLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N/A |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | NA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | N/A |

| ITEM | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Realizo valoracion de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolucion, ajustes en el manejo y definicion de conductas de acuerdo con la experticia clinica y las guias y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente |
| 2 | Brindo una atencion en salud oportuna, integra, suficiente y pertientne Realizo la evolucion escrita de los pacientes valorados ,asi como el seguimiento e interpretacion de laboratorios y otros medios diagnosticos en un a mbiente de atencion humanizada de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion. |
| 3 | Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED , su vision, mision, estructura organica, reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios. |
| 4 | Realizo las actividades asisitenciales segun las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido |
| 5 | Informe al paciente y su familia sobre la condición clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de informacion |
| 6 | Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clinicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación. |
| 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 imparten las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo. Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente |
| 9 | Emito conceptos médicos que se requirieron, de conformidad a mi especialidad, realize resúmenes de historia clinica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me fueron solicitados. Ademas se diligencio el formato de entrega de turno institucional. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido |
| 10 | 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. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. |
| 11 | La custodia de la información contenida en historia clínica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de información clínica en los terminos de la Resolución 1995/1999. |
| 12 | 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. |
| 13 | Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos. |
| 14 | Se notifica al area encargada cuando hay algun susceso con los equipos que se encuentran dentro del servicio. |
| 15 | Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad. |
| 16 | Participacion activa en las actividades del servicio |
| 17 | Participe en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio. |
| 18 | Participacion en actividades y jornadasa programadas por la SUBRED |
| 19 | Se participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio cuando esta actividad es requerida por el lider del 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 |
| 21 | Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio |
| 22 | Notificar en la pagina de seguridad del paciente eventos de seguridad |
| 23 | Se diligenció y reportó oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. |
| 24 | Participacion en actividades academicas del servicio, así como las convocadas desde gestion del conocimiento |
| 25 | Se instruye a la comunidad al momento de dar informacion medica así como al alta hospitalaria con la activacion de las RIAS |
| 26 | Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado. |
| 27 | Se informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones |
| 28 | Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificacion de cumplimiento de actividades y obligaciones |
| 29 | Se cumplio oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. |
| 30 | Se acredito la Inscripcion |
| 31 | uso diario de carnet de identificacion en la institucion |
| 32 | Se cumplio la programacion de actividades agendadas y acordadas con el supervisor del contrato. Las novedades tambien fueron gestionadas |
| 33 | Cuando aplica se participa en investigaciones |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **74741857** | **OPERADOR:** | **ENLACE OPERATIVO** |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | **3/12/2024** | **$ 778.300** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **3/12/2024** | **$ 608.100** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **3/12/2024** | **$ 118.500** |
| **OTRO** | | | **$ 1.504.900** |
| **TOTAL PAGADO** | | | |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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

Juan Camilo Calvache V

**JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS**
**CC:1085273972**
**CE1315218473**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**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: 6**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS | **CC:** | 1085273972 |
| | | **RUT (NIT):** | NA |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | JCAMILOCV89@HOTMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3152518473 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 18 86 55 | **CIUDAD:** | BOGOTA |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.**

| | |
|---|---|
| **NO** tomaré costos y deducciones | ( ) |
| **SI** tomaré costos y deducciones | ( ) |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

| | | |
|---|---|---|
| **Regimen Simple De Tributación** : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación | SI ( ) | NO ( X ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO AV VILLAS** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **53942509** |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 1280 2024** | **N° CDP:** | **3757** | **N°. RP:** | **45643** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :ONCE (11) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **21/01/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **$ 151.528.550** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$ 12.739.980** | | | | | |
| | **DOCE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE** | | | | | |

Juan Camilo Calvache V

**JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS**
**1085273972**
**3152518473**

| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **1.085.273.972** | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | 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 | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1280 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **21/01/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | 34.745.400 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 151.528.550 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 12.739.980** |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | (12 de 12) | **N° CRP INICIAL:** | 13470 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 146 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 74741857 | **OPERADOR:** | ENLACE OPERATIVO | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCION DE HOSPITALIZACION | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 6 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | 6 | 6 |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 14.927.653 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 935 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 21187 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 321.717 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1260 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 24098 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 15.635.430 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1631 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 28911 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 12.160.890 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2204 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 32302 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 52.118.100 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2622 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 36251 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES (3) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 21.619.360 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3757 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 45643 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | |
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | | |
| **N° DE PÓLIZA:** | NA | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | NA | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | NA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | NA | |

**IV. 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 ( 01/12/2024) AL 31/12/2024)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**<br>**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**JESUALDO BRACHO VARGAS**<br>**REFERENTE CLINICAS MEDICAS** |

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
3780196d1a6ac6a95adcbf1748ce10da30cf45c38822c6d1caae796d0116ef0b34b803cfc52c3b9549980d72903666d0

**Número de Factura:** ELEC-5
**Fecha de Emisión:** 03/12/2024
**Fecha de Vencimiento:** 03/12/2024
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar
**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Efectivo
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** CALVACHE VALLEJOS JUAN CAMILO
**Nombre Comercial:** CALVACHE VALLEJOS JUAN CAMILO
**Nit del Emisor:** 1085273972
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8610
**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 21 24 80 SUR TO 2 AP 609
**Teléfono / Móvil:** 3152518473
**Correo:** jcamilocv89@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
**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
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** DIAGONAL 34 5 43
**Teléfono / Móvil:** 3444484
**Correo:** radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | Precio unitario de venta |
| 1 | | SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS No. CONTRATO PS 1280 2024 | NIU | 1,00 | $ 12.739.980,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 12.739.980,00 |

### Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
03/12/2024 08:37:13
**Documento validado por la DIAN:**
03/12/2024 08:37:13
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

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

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 12739980 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 12739980 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0 |
| **Total impuesto (=)** | | 0 |
| **Total neto factura (=)** | | 12739980 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 12739980 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

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

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 12.739.980,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 12.739.980,00 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | 12.739.980,00 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 12.739.980,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764077109281 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2026-08-14

enlace operativo

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-12-03, 08:43:00 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 74741857

**Periodo Cotización:** noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

**PAGADO 02/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS | | |
| **Documento** | CC1085273972 | **Dirección** | CL 18 NORTE #86 - 55 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6221425 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | Días PRD | Días ARP | Días EPS | Días AFP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Monetario | Total |
| CC 1085273972 | JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 4.864.356 | $ 778.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 4.864.356 | $ 608.100 | 2.436 | $ 4.864.356 | $ 118.500 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.504.900 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 4.864.356 | $ 4.864.356 | $ 4.864.356 | $ 0 | $ 778.300 | $ 608.100 | $ 118.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.504.900 | $ 0 | $ 1.504.900 |



Enlace Operativo, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellin: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA