





**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  
**FECHA:** 2024-09-16

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 31/01/2025

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ	<b>CC:</b>	80851126
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	JOHNBAUTISTAS@YAHOO.COM	<b>RUT (NIT):</b>	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	DG 77B 116B 42 IN 1 TO 3 AP 903	<b>TELÉFONO:</b>	3108843316
		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA

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

<b>NO</b> tomaré costos y deducciones	<b>( X )</b>
<b>SI</b> tomaré costos y deducciones	<b>( )</b>

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.

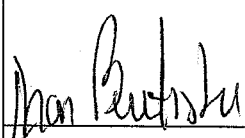
**Régimen Simple De Tributación :** RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación

<b>SI ( )</b>	<b>NO ( X )</b>
---------------	-----------------

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>		<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	244184834
<b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>	<b>BANCO BOGOTA</b>				

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

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 1821 2025	<b>Nº CDP:</b>	1	<b>Nº. RP:</b>	6426	<b>(29) VEINTINUEVE DIAS TRES (03) MESES</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2/01/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>		30/04/2025		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 82800000</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)</b>	\$					2.760.000
	DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE					

  
 \_\_\_\_\_  
 JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ  
 80851126  
 3108843316



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTION DE CONTRATACION**  
**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y**  
**APOYO A LA GESTION**

CÓDIGO: AP-IA-FT-078  
 VERSIÓN: 2  
 FECHA: 2024-09-16

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

JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80.851.126

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES</b>		<b>No.</b>	<b>PS 1821 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2/01/2025</b>
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	<b>82.800.000</b>	<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$	<b>2.760.000</b>
<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	<b>1</b>	<b>Nº CRP INICIAL:</b>	<b>6476</b>	<b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>1</b>
<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	<b>(29) VEINTINUEVE DIAS TRES (03) MESES</b>				

<b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	<b>9479912284</b>	<b>OPERADOR:</b>	<b>APORTES EN LINEA</b>
<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	<b>DIRECCION DE HOSPITALIZACION</b>		
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	<b>2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL</b>		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	<b>XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32</b>		

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

<b>Nº DE MODIFICACIÓN:</b>	<b>Nº 0</b>	<b>TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):</b>		<b>ADICION 0</b>	<b>PRORROGA 0</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	

**III. PÓLIZAS (STABILICA)**

<b>Nº DE PÓLIZA:</b>	<b>XX</b>	<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>	<b>XX</b>
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	<b>DD/MM/AAAA</b>	<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE</b>	<b>XX</b>

**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.**

<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	<b>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</b>	<b>X</b>	
<b>2</b>	<b>¿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?</b>	<b>X</b>	
<b>3</b>	<b>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</b>	<b>X</b>	
<b>4</b>	<b>¿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?</b>	<b>X</b>	
<b>5</b>	<b>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</b>	<b>X</b>	

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 ( 02/01/2025) AL (31/01/2025)

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

**XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA**  
**CARGO: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32**

**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**  
**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

## Código Único de Factura - CUFE :

f47682b856bf51300f712d30fbac511b78a6ba1f0f0272fe975439d0ebaf8ddf0768e5267e60b0970ce2bdf31e59639

Número de Factura: HM-116

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 12/01/2025

Medio de Pago: Consignación bancaria

Fecha de Vencimiento: 31/01/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BAUTISTA SANCHEZ JHON ELIXANDER|13

Nombre Comercial: BAUTISTA SANCHEZ JHON ELIXANDER

Nit del Emisor: 80851126

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: O-47

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ -

Dirección: DG 77 B 116 B 42 IN 1 TO 3 AP 903

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3108843316

Correo: johnbautistas@yahoo.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. / SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-13

Dirección: Diagonal 34 # 5 - 43

Responsabilidad tributaria: ZZ -

Teléfono / Móvil: 3444484

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	85101706	Horas laboradas como médico anesthesiologo	HUR	24,00	\$ 115.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 2.760.000,00

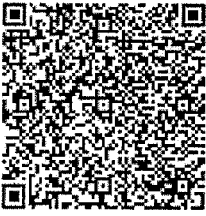
## Notas Finales

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION. FAVOR NO APLICAR RETEFUENTE NI RETEICA.

80851126\_01\_PRI\_REF\_9

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:  
12/01/2025 17:55:14  
Documento validado por la  
DIAN:  
12/01/2025 17:55:15  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nº:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
<b>Subtotal</b>	<b>2760000</b>
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	<b>2760000</b>
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	<b>0</b>
<b>Total neto factura (=)</b>	<b>2760000</b>
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 2760000</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>	<b>2.760.000,00</b>
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	<b>2.760.000,00</b>
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	<b>0,00</b>
<b>Total neto factura (=)</b>	<b>2.760.000,00</b>
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 2.760.000,00</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: 18764086694604 Rango desde: 115 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-07-03

