

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2024-12-01	<b>Hasta:</b>	2024-12-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	SALIN JOSE BARRIOS MARENCO		<b>Número de Documento:</b>	8539053
<b>Correo Electrónico:</b>	salinbarrios@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3112287293
<b>Nombre del Supervisor:</b>	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	<b>Código Grado:</b> - 009-05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2372-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	434
<b>Perfil:</b>	MÉDICO ESPECIALISTA - CIRUGÍA GENERAL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	96	12	87750	\$9477000	112.5%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 9477000</b>	<b>NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-02-01			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-04-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 18954200	1020
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 15794800	1544
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 15795000	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 10530000	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 8424000	2773
6	2024-12-01	2024-12-31	6	\$ 1053000	2962

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 3474900	26
8	2024-12-31	2025-01-09	8	\$ 2843100	2962
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>	
1		FEBRERO		\$ 9477000	
2		MARZO		\$ 9477000	
3		ABRIL		\$ 7371000	
4		MAYO		\$ 8424000	
5		JUNIO		\$ 8424000	
6		JULIO		\$ 7371000	
7		AGOSTO		\$ 10530000	
8		SEPTIEMBRE		\$ 8424000	
9		OCTUBRE		\$ 8424000	
10		NOVIEMBRE		\$ 8424000	
11		DICIEMBRE		\$ 9477000	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>	
\$ 25272000		\$ 102141000		\$ 95823000	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>SALDO DEL CONTRATO</b>	
\$ 25272000		\$ 102141000		\$ 6318000	
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>		<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>	
1	1). Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA		-HISTORIA CLINICA	
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-PRESENTA INFORMES Y REPORTES		-INFORMES Y REPORTES	

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	- HISTORIA CLINICA
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA REALIZAR ACTUALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS	- GUIAS Y PROTOCOLOS
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO	-HISTORIA CLINICA
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	- PRESENTAR INFORMES Y REPORTE AL JEFE INMEDIATO	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTE AL JEFE INMEDIATO
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTE AL JEFE INMEDIATO	-HISTORIA CLINICA
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-COMUNICACIÓN ASERTIVA CON FAMILIARES Y PACIENTES	-HISTORIA CLINICA
9	9). Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO	- INFORMES Y REPORTE
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTE	- INFORMES Y REPORTE

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2024	12	05	82422940	FE127	\$ 8424000	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					OCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 3369600	\$ 539136	\$ 1190000
Salud					SALUD TOTAL		\$ 421200	\$ 875000
ARL				3	POSITIVA		\$ 82083	\$ 170600
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 977925</b>	<b>\$ 2235600</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	1970163562		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SALIN JOSE BARRIOS MARENCO		2024-12-14 22:51:22		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2024-12-17 12:46:38		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA		2024-12-17 21:42:17		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-01-17 15:40:05		

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN**  
**DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	8539053	SALIN JOSE BARRIOS MARENCO		calle 22 a n 50 55 t 3 apto 1206	6014745225	SALINBARRIOS@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	05/12/2024	82422940	\$2.235.600	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	875.000	0		0		0	0	0	0	875.000	1

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.120.000	0	0	35.000	35.000	0	0		1.190.000	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	170.600				170.600	0	0	170.600			1.706	170.600	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	875.000	875.000
Pensión	1	1.190.000	1.190.000
Riesgos Laborales	1	170.600	170.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>2.235.600</b>	<b>2.235.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	8539053	SALIN JOSE BARRIOS MARENCO		calle 22 a n 50 55 t 3 apto 1206	6014745225	SALINBARRIOS@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-11	2024-11	\$2.235.600				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	IRA	IAS	IASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	8539053	BARRIOS MARENCO SALIN JOSE	59	0	N																			25-14	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS002	7.000.000	875.000	14-23	7.000.000	3	170.600		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

**Pago PSE**

Resultado de su transacción

**Código único CUS**

1103353566

**Destino de pago**

COMPENSAR-OI

**Motivo**

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**

05/12/2024

**Número de aprobación**

00353566

**Dirección IP**

186.86.110.175

**Valor transacción**

\$ 2.235.600,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

8539053

**Información básica de la planilla**

<b>Empresa:</b>	SALIN JOSE BARRIOS MARENCO	<b>NIT:</b>	8539053
<b>Tipo Planilla:</b>	I	<b>Periodo liquidación Pensiones:</b>	noviembre 2024
<b>Sucursal o Dependencia:</b>	PRINCIPAL	<b>Periodo liquidación Salud:</b>	noviembre 2024
<b>Número de Radicación:</b>	82422940	<b>Total a pagar:</b>	\$2,235,600
<b>Fecha de vencimiento:</b>	12/12/2024	<b>Total de empleados:</b>	1
<b>Fecha de Pago:</b>	05/12/2024	<b>Número de Administradoras:</b>	3

**Detalles del pago**

<b>Razón social recaudo:</b>	Compensar OI	<b>Nit recaudo:</b>	9998600669427
<b>Descripción:</b>	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	<b>Medio de Pago:</b>	Pago Electronico por PSE
<b>Banco:</b>	BANCO DAVIVIENDA	<b>Número Autorización:</b>	1103353566
<b>Estado de la transacción:</b>	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$170,600
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$1,190,000
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		\$0	\$875,000
						\$2,235,600

**\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar

2 [Condiciones](#)

**VER CONTRATO**

3 [Bienes y servicios](#)

**Ejecución del Contrato**

4 [Documentos del Proveedor](#)

Porcentaje  Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

**Plan de Pagos**

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de  Sí  No  
códigos de autorización?

7 **Ejecución del Contrato**

8 [Modificaciones del Contrato](#)

9 [Incumplimientos](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción
Pago 001	FE 107	10/03/2024 5:29:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-
Pago 002	FE 109	31/03/2024 8:45:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-
Pago 003	FE 110	30/04/2024 12:51:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-
Pago 004	FE 112	31/05/2024 4:04:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-
Pago 005	FE 115	30/06/2024 7:47:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-
Pago 006	FE 117	31/07/2024 12:29:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-
Pago 007	FE 119	31/08/2024 10:23:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-
Pago 008	FE 121	1/09/2024 8:57:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-
Pago 009	FE 123	31/10/2024 10:11:00 AM ((UTC-	-

05:00) Bogotá, Lima,  
Quito)

Pago 010 FE 125

13 días de tiempo  
transcurrido -  
(30/11/2024 8:06:00  
AM(UTC-05:00)  
Bogotá, Lima, Quito)

## Documentos de ejecución del contrato

---

	Descripción	Nombre del archivo
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 FEBRERO.pdf	CUENTA 2372-2024 FEBRERO.pc
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 MARZO.pdf	CUENTA 2372-2024 MARZO.pdf
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 ABRIL.pdf	CUENTA 2372-2024 ABRIL.pdf
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 MAYO.pdf	CUENTA 2372-2024 MAYO.pdf
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 JUNIO.pdf	CUENTA 2372-2024 JUNIO.pdf
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 JULIO..pdf	CUENTA 2372-2024 JULIO..pdf
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 AGOSTO.pdf	CUENTA 2372-2024 AGOSTO.pdf
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA 2372-2024 SEPTIEMBR
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 OCTUBRE.pdf	CUENTA 2372-2024 OCTUBRE.pr
<input type="checkbox"/>	CUENTA 2372-2024 NOVIEMBRE.pdf	CUENTA 2372-2024 NOVIEMBRE

# Factura Electrónica De Venta No. FE 127

## Ver. UBL 2.1

**Forma de Pago:** Contado  
**Medio de Pago:** Consignación Bancaria  
**Moneda:** COP  
**Total de Líneas:** 1

**Fecha de Validación:** 11/12/2024 08:30 PM  
**Fecha de Generación:** 11/12/2024 08:30 PM  
**Responsabilidad Fiscal:** R-99-PN No responsable  
**Responsabilidad Tributaria:** ZZ - No Aplica  
**(49) No responsable de IVA**

**Emisor :** SALIN JOSE BARRIOS MARENCO  
**Razón Social:** SALIN JOSE BARRIOS MARENCO  
**NIT:** 8539053-4  
**Teléfono:** + (57) 311 2287293  
**Correo Electrónico:** salinbarrios@gmail.com  
**Dirección:** BOGOTA, CL 22 A 50 49 TO 3 AP 1206  
**Departamento:** BOGOTÁ, D.C.  
**Municipio:** BOGOTÁ, D.C.

**Receptor :** SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE  
**Razón Social:** SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE  
**NIT:** 900958564-9  
**Teléfono:** +(57) 0007963131  
**Correo Electrónico:** cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co  
**Dirección:** CALLE 18 B # 60 G -36 SUR  
**Responsabilidad Tributaria:** ZZ - No Aplica  
**País:** Colombia  
**Departamento:** BOGOTÁ, D.C.  
**Municipio:** BOGOTÁ, D.C.



#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA%	IVA	Total
1	1	HONORARIOS	HONORARIOS COMO CIRUJANO GENERAL CORRESPONDIENTE DEL 01 AL 31 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2024	108.00	cada	87,750.00	9,477,000.00	0	0.00	9,477,000.00

#### Detalles:

Son: NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS HONORARIOS COMO CIRUJANO GENERAL CORRESPONDIENTE DEL 01 AL 31 DEL MES DE DICIEMBRE DE 2024 SERVICIOS PRESTADOS A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR EN US\$ MESISEN NUMERO DE HORAS 108 HORAS VALOR DE LA HORA \$ 87.750 POR VALOR DE \$9.477.000 RESOLUCIÓN DIAN # 1876407777701 DE 2 0 2 4 -0 8 -2 3  
DAVIVIENDA # 0001970163562

#### Cuentas Bancarias

**Cuenta Ahorro** DAVIVIENDA 001970163562 ( Pesos )

La presente factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio (Art 779, Código del comercio). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este Título Valor - Art 476 Exentos de IVA - No soy gran contribuyente - No soy Declarante de IVA - No soy Auto retenedor - Actividad ICA (Bogotá) 8621- Tarifa 9.66 x 1000.

#### CUFE :

a37de920e230ab9a8f1c12921f35eff52f2486a36813c141c6a469e380ca704930c09d0981b3bf746f77cc976bd83b30

#### Detalle de Venta

<b>Subtotal :</b>	COP 9,477,000.00
<b>Descuento :</b>	COP 0.00
<b>Monto Bruto :</b>	COP 9,477,000.00
<b>Monto IVA :</b>	COP 0.00
<b>Total Venta:</b>	COP 9,477,000.00
<b>Total:</b>	COP 9,477,000.00

Autorizado DIAN para la Facturación Digital.

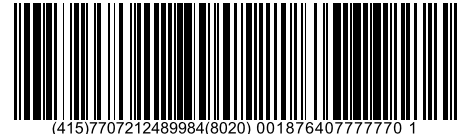
Generada por: <https://facto.co>

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

18764077777701



(415)7707212489984(8020) 00187640777770 1

5. Número de Identificación Tributaria - NIT 8 5 3 9 0 5 3	6. DV 4	7. Primer apellido BARRIOS	8. Segundo apellido MARENCO	9. Primer nombre SALIN	10. Otros nombres JOSE
---	------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------	---------------------------

11. Razón social

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	Cód. 3 2
--	-------------

24. Dirección  
CL 22 A 50 49 TO 3 AP 1206 BRR CIUDAD SALITRE

25. País Colombia	26. Departamento Bogotá D.C.	27. Municipio Bogotá, D.C.
----------------------	---------------------------------	-------------------------------

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el trámite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del funcionario autorizado

Firma del solicitante



1001. Apellidos y nombres BARRIOS MARENCO SALIN JOSE  
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía  
1003. No. Identificación 8 5 3 9 0 5 3 1004. DV 4  
1005. Cod. Representación  
1006. Organización BARRIOS MARENCO SALIN JOSE

984. Apellidos y nombres  
985. Cargo  
989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI  
990. Lugar administrativo  
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION  
992. Área  
993. Establecimiento

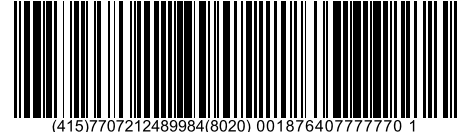
997. Fecha formalización 2 0 2 4 - 0 8 - 2 3 / 1 1 : 3 1 : 4 6

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

1876407777701



5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 5 3 9 0 5 3	4	BARRIOS	MARENCO	SALIN	JOSE

11. Razón social

**Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar**

29. Establecimiento	BARRIOS MARENCO SALIN JOSE CL 22 A 50 49 TO 3 AP 1206 BRR CIUDAD SALITRE								
1	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FE	119	10,000	6	HABILITACIÓN	2	
2	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
3	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
4	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
5	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
6	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
7	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
8	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
9	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
10	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	
11	29. Establecimiento								
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.	