Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA BIENES, SERVICIOS Y CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO : AP-CT-F-52-03
		VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 18/03/2019

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No de contrato u orden de servicio:	2350-2024	Fecha Contrato d/m/a	1/02/2024
Nombre del contratista:	RUSSI LOZANO JORGE ANDRES	NIT/ N° Identificación	80110705
Objeto:	Prestar servicios como MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		

Datos del Contrato	CDP		CRP		Valor del Contrato
	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	Número	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Inicial	166	26/01/2024	15357	4/02/2024	$ 32.139.684
Otrosí adición No.	810	20/06/2024	36150	21/06/2024	$ 5.183.820
Otrosí adición No.	923	23/07/2024	38582	30/07/2024	$ 8.294.112
Otrosí adición No.	1062	26/08/2024	45263	30/08/2024	$ 16.069.842
Otrosí adición No.	1207	18/09/2024	49846	30/09/2024	$ 8.294.112
Otrosí adición No.	1393	23/10/2024	56121	31/10/2024	$ 7.775.730
Otrosí adición No.	1553	21/11/2024	60459	30/11/2024	$ 8.294.112
Otrosí adición No.	103	10/01/2025	1806	15/01/2025	$ 8.294.112
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
Otrosí adición No.					
				Valor Total contrato	$ 94.345.524

Plazo del Contrato	
Plazo (Meses y Días):	11 MESES
Inicio *	1/02/2024
Otrosí prorroga No. *	30/04/2024
Otrosí prorroga No. *	31/05/2024
Otrosí prorroga No. *	30/06/2024
Otrosí prorroga No. *	31/07/2024
Otrosí prorroga No. *	31/08/2024
Otrosí prorroga No. *	30/09/2024
Otrosí prorroga No. *	31/10/224
Otrosí prorroga No. *	31/12/2024
Otrosí prorroga No. *	
Terminación *	31/01/2025

* Indicar en dd/mm/aaaa

EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Periodo Ejecutado	Fecha Factura o Cuenta de Cobro (dd/mm/aaaa)	N° Factura o Cuenta de Cobro	Valor Factura o Cuenta de Cobro	IVA	Total factura o Cuenta de Cobro	Total Certificado	Saldo por ejecutar	Observaciones
1 AL 29 de febrero de 2024	28/02/2024	JARL 76	$ 8.294.112	0	$ 8.294.112	$ 8.294.112	$ 86.051.412	
1 al 31 de marzo de 2024	31/03/2024	JARL 79	$ 7.257.348	0	$ 7.257.348	$ 7.257.348	$ 78.794.064	
1 al 30 de abril de 2024	30/04/2024	JARL 83	$ 7.257.348	0	$ 7.257.348	$ 7.257.348	$ 71.536.716	
1 al 31 de mayo de 2024	31/05/2024	JARL 88	$ 7.257.348	0	$ 7.257.348	$ 7.257.348	$ 64.279.368	
1 al 30 de junio de 2024	25/06/2024	JARL 90	$ 7.257.348	0	$ 7.257.348	$ 7.257.348	$ 57.022.020	
1 al 31 de julio de 2024	24/07/2024	JARL 92	$ 8.294.112	0	$ 8.294.112	$ 8.294.112	$ 48.727.908	
1 al 31 de agosto de 2024	14/08/2024	JARL 94	$ 8.294.112	0	$ 8.294.112	$ 8.294.112	$ 40.433.796	
1 al 30 de septiembre de 2024	17/09/2024	JARL 97	$ 7.257.348	0	$ 7.257.348	$ 7.257.348	$ 33.176.448	
1 al 31 de octubre de 2024	21/10/2024	JARL 98	$ 8.294.112	0	$ 8.294.112	$ 8.294.112	$ 24.882.336	
1 al 30 de noviembre de 2024	19/11/2024	JARL 100	$ 7.257.348	0	$ 7.257.348	$ 7.257.348	$ 17.624.988	
1 al 31 de diciembre de 2024	8/12/2024	JARL 101	$ 8.294.112	0	$ 8.294.112	$ 8.294.112	$ 9.330.876	
1 al 31 de enero de 2025	20/01/2025	JARL 102	$ 8.294.112		$ 8.294.112	$ 8.294.112	$ 1.036.764	
							$ -	
Valor total ejecutado					$ 93.308.760	$ 93.308.760	$ 1.036.764	

Nombre del Supervisor:	ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
Unidad de Servicios de Salud y área:	USS SIMON BOLIVAR - URGENCIAS

OBSERVACIONES

Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista ha cumplido de conformidad, en consecuencia certifico el pago de la factura o cuenta de cobro número: _JARL 102

Nota: En caso de incumplimiento, no certificar e indicar lo pertinente de manera oficial a la Oficina Jurídica

Porcentaje de Ejecución en Dinero:	98,90%	Porcentaje de Ejecución en Tiempo:	100,0%

Firma del Supervisor del Contrato

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RUSSI LOZANO JORGE ANDRES			367917
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80110705	
CORREO	andresrussi@gmail.com	CELULAR	3103360512	
PROCESO:	Urgencias			
SERVICIO:	Urgencias	UNIDAD:	Simon Bolivar	

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2350-2024			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	15357	FECHA	04/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 2	36150	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 3	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 3	38582	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 4	1062	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 4	45263	FECHA	30/08/2024
NÚMERO DE CDP: 5	1207	FECHA	18/09/2024	NÚMERO DE CRP: 5	49846	FECHA	30/09/2024
NÚMERO DE CDP: 6	1393	FECHA	23/10/2024	NÚMERO DE CRP: 6	56121	FECHA	31/10/2024
NÚMERO DE CDP: 7	1553	FECHA	21/11/2024	NÚMERO DE CRP: 7	60459	FECHA	30/11/2024
NÚMERO DE CDP: 8	103	FECHA	10/01/2025	NÚMERO DE CRP: 8	1806	FECHA	15/01/2025

OBJETO: MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	01	2025		31	01	2025

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	16,069,842	VALOR LETRAS	

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	94,345,524
VALOR EJECUTADO:	93,308,760
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	8,294,112
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	96
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,036,764
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.90 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
82618328	414,800	530,900	3	80,900	0	1,026,600
	0	0		0	0	

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



RUSSI LOZANO JORGE ANDRES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA	RUSSI LOZANO JORGE ANDRES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS		**UNIDAD:**			SIMON BOLIVAR		
No. DE CONTRATO: 2350-2024	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO		1	1	2025	31	1	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JORGE ANDRES RUSSI LOZANO	DOCUMENTO : 80110705						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): __100%_____

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
. Realizar en forma oportuna las evoluciones de los pacientes ajustándose a la política de cero tolerancias de pacientes en camillas, y la frecuencia de las mismas será de acuerdo a los requerimientos clínicos del paciente.	Evolucion diaria de los pacientes asignados al servicio de medicina interna
Realizar en forma oportuna las evoluciones y valoraciones de los pacientes en el servicio de urgencias.	Evoluciones realizadas en el servicio de forma oportuna de acuerdo a las necesidades del servicio y del paciente
Diligenciar en forma completa las remisiones y contrarreferencia de los pacientes de la especialidad en los servicios de urgencias cuando estén indicados.	Remisiones elaboradas en los formatos establecidos para tal labor de referencia entre sedes y para remision a otras instituciones
Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la institución en el servicio urgencias.	Seguimiento de protocolos de diferentes procesos de servicio de urgencias, seguimiento de guias medicas, realizacion de procedimientos consignados en la historia clinica
Participar con el hospital en las jornadas de emergencias y desastres decretadas por las autoridades competentes.	Participacion en joranadas de emergencia y atencion de desastres cuando lo estime pertienente el servicio de urgencias
Registrar las actividades en forma completa y oportuna en el sistema automatizado de historia clínica de acuerdo con las disposiciones legales vigentes a todos y cada uno de los pacientes atendidos, así como la epicrisis al dar de alta al	Registro diario en la evolucion del paciente en la historia clinica electronica dispuesta por la subred norte, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes , realizacion de epicrisis cada vez que el paciente tiene egreso, remision , fallecimiento o alta voluntaria
Hacer cumplimiento de la resolución 1995 de 1994 frente al manejo de historia clínica.	Registro de la historia clinica en el sistema automatizado de historia clinica cada vez que se realizan actividades medicas en los pacientes
Aplicar las guías de manejo de su especialidad establecidas y adoptadas por el hospital.	Cumplimiento de las guias establecidas por la subred norte en el diagnostico y tratamiento de los pacientes
Realizar la revisión y actualización de las guías de práctica clínica del servicio de urgencias con base en la evidencia científica y su socialización.	Asistencia a revision y actualizacion de las guias de practica clinica de modo presencial o virtual cuando se notifica de dichas capacitaciones y actualizaciones

)iligenciar personalmente y durante la valoración de los ıacientes, el consentimiento informado y su comunicación a ɔs pacientes y/o familiares y/o tutores, sobre los ırocedimientos que sean pertinentes y que puedan afectar al ıaciente física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello ıo fuere posible (urgencias vitales) y le explicará los riesgos y onsecuencias que se puedan presentar. Esta actividad no	Diligenciamiento por especialista de medicina interna de consentimientos informados de procedimientos con comunicación efectiva con los familiares y el paciente con plena informacion de riesgos, ventajas y desventajas sobre la condicion clinica del paciente
Realizar dentro de su especialidad las obligaciones orrespondientes a medicina legal y preventiva.	Notificacion de muertes violentas, fallecimientos de causa no clara , notificacion de incidentes de abandono y agresion sexual según protocolos de institucion, con la debida informacion al servicio de medicina legal. Aplicación de medidas de prevencion de enfermedades , reforzamiento de autocuidado, diligenciamiento de ordenes de seguimiento ambulatorio en los programas de cronicos de hipertnesion, falla cardiaca , nutricion, salud mental aportados por la subred norte
Registrar correctamente las estadísticas vitales en ruaf nstitucional en forma oportuna.	Registro de certificados de defuncion en el sistema RUAF , informe en la historia clinica de numero de certificado de defuncion , fecha y hora de elaboracion
Impartir instrucciones al personal de salud que esté a cargo le los pacientes sobre procedimientos propios de su ɜspecialidad.	Comunicación efectiva con el personal a cargo sobre procedimientos a realizar a los pacientes
Informar en forma personal, detallada y veraz el estado, ɔronóstico y evolución de la enfermedad a los familiares y/o utores del paciente.	Comunicación diaria con los pacinetes , familiares, tutores, cuidadores del pacinete sobre evolucion, diagnostico, pronostico y tratamiento de los pacientes de modo diario
Registrar las enfermedades de acuerdo a la codificación ⁄igente, como también registrar de manera adecuada los ɔrocedimientos utilizados en el tratamiento del paciente con a codificación requerida.	Registro en la historia clinica de diagnosticos codificados según CIE 10 , y registro de procedimientos según codiciacion requerida
Brindar apoyo docente a estudiantes de pre y postgrado, de ɔonformidad a los convenios establecidos por el hospital y ɔarticipar en la programación y evaluación de los mismos, ɔuando roten por el servicio.	Actividad docente durante revista medica diaria, relizacion de charlas academicas , asignacion de temas a los estudiantes, calificacion de desempeño
OBSERVACIONES: Horas : 96	
TOTAL A PAGAR (8,294,112):OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE	
JORGE ANDRES ROSSI LOZANO CC: 80110705	Fecha : 31 / 1 / 2025 Firma de recibido supervisor ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80110705	JORGE ANDRES RUSSI LOZANO	cll 63 a bis # 70 c - 75 apto 204 int 1	2241336	andresrussi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-12	2024-12	I	12/12/2024	82618328	$1.026.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	414.800	0		0		0	0	0	0	414.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	530.900	0	0	0	0	0	0		530.900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	80.900				80.900	0	0	80.900			809	80.900	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	414.800	414.800
Pensión	1	530.900	530.900
Riesgos Laborales	1	80.900	80.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.026.600	1.026.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80110705	JORGE ANDRES RUSSI LOZANO	cll 63 a bis # 70 c - 75 apto 204 int 1	2241336	andresrussi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-12	2024-12	I	12/12/2024	82618328	$1.026.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	80110705	RUSSI LOZANO JORGE ANDRES	59	0			N																	230301	3.317.645	530.900	0	0	0	0	EPS005	3.317.645	414.800	14-11	3.317.645	3	80.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

RUSSI LOZANO JORGE ANDRES

NIT 80110705-7
Nombre Comercial: RUSSI LOZANO JORGE ANDRES
Régimen: RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS -IVA
Actividad Económica CIIU Nro. 8621
Dirección: CR 74 A 63 92 TO 1 AP 107 CONJ RESERVA DE NORMANDIA
Teléfono: 2241336
Correo: andresrussi@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

CUFE:0db23f0feef28f3d8dbd2ffb4f8fa019314aa97204f896476ccc10bd17e41a6c8d5d53a9dad96fb5f48b2d088d52ff56

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. JARL102
Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN
Nro. 18764081793144 de 2024-10-18 Vigencia 6 Meses
Rango Autorizado desde JARL 98 hasta JARL 300
Tipo Documento: Factura electrónica de Venta
Tipo Operación: Estándar
Fecha Facturación: 2025-01-20 10:06:41
Fecha Vencimiento: 2025-02-02
Fecha Dian: 2025-01-20 10:07:01
Divisa: COP
Orden Compra Asociada:

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
NIT 900971006-4
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Dirección: Cl 66 15 41
Teléfono: 4431790
Correo: urgencias.simon@subrednorte.gov.co
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Forma de pago	Método de pago
Contado	Consignación bancaria

Nro.	Código	Descripción	U/M	Valor Unitario	Cant.	Valor Neto
1	SM01	Honorario servicios médico internista	94	86,397.00	96.0	8,294,112.00

Total de lineas: 1

Observaciones:
Servicios prestados médico especialista mes de enero 2025

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

TOTAL BRUTO	8,294,112.00
SUBTOTAL	8,294,112.00

TOTAL EN LETRAS OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO DOCE PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	8,294,112.00