





**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 No.</b>	<b>PS 1821 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	2/01/2025
--	---------------------	------------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 82.800.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.760.000
---	---------------	--	--------------

<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	<b>3 DE 3</b>	<b>Nº CRP INICIAL:</b>	6426	<b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	1
---------------------------------	---------------	------------------------	------	------------------------------------	---

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS:** TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS

<b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	9482411546	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
--	------------	------------------	------------------

**PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** DIRECCION HOSPITALIZACION

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION 0	PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
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. PÓLIZAS (SI APLICA)**

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

**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. ( 1/03/2025) AL (31/03/2025)

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <b>XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA</b> <b>CARGO: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32</b>
	 <b>YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ</b> <b>CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05</b>



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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 6  
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

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

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

NO tomaré costos y deducciones	( X )
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.

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

SI ( )

NO ( X )

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

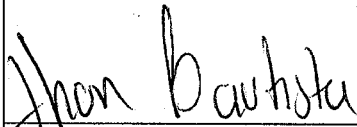
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 1821 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	6426	TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS
------------------	--------------	---------	---	---------	------	---------------------------------------

FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 82800000
--------------------------	-----------	--------------------------------	------------	---

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 1/03/2025 AL 31/03/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$	2.760.000
	DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE	

  
JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ  
80851126  
3108843316

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

9b3b4b7aa91e74cecc58f9ab5effad09a48a971e023de7019c4d0014c4e66ab59ca17026e918ce021908859616cc7449

Número de Factura: HM-120

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 11/03/2025

Medio de Pago: Consignación bancaria

Fecha de Vencimiento: 31/03/2025

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 anestesiólogo	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\_PRL\_REF\_9

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:  
11/03/2025 17:18:32  
Documento validado por la  
DIAN:  
11/03/2025 17:18:33  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit: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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80851126		BAUTISTA SANCHEZ JHON ELIXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 77 B 116 B 42 INT. 1 TORRE 3 APTO 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8965676	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Pensión	Salud	Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor
			Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora		
2025-02	2025-02	129850832	948241546	1	1	2025/03/07	2025/02/28	BANCO DAVIVIENDA	0		\$3,016,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,605,700	\$0	\$1,605,700	\$1,605,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,605,700	\$0	\$1,605,700	\$1,605,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,100	\$0	\$230,100	\$230,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$230,100	\$0	\$230,100	\$230,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,180,500	\$0	\$1,180,500	\$1,180,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$1,180,500	\$0	\$1,180,500	\$1,180,500
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$3,016,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$3,016,300</b>	<b>\$3,016,300</b>