



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: (31/05/2025)

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 DESPLEGABLE)	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	CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS
-------------------------	--------------	----------------	---	----------------	------	---

FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025	64.400.000
---------------------------------	-----------	---------------------------------------	------------	-------------------

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025
---------------------------------	-----------------------------

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$	1.380.000
	UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE	



JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ
 80851126
 3108843316

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
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1821 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025
--	---------------------	------------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	64.400.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	1.380.000
---	----	------------	--	----	-----------

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5 DE 5	Nº CRP INICIAL:	6426	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
---------------------------------	---------------	------------------------	------	------------------------------------	---

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS
--	--

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485463453	OPERADOR:	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:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				0	PRORROGA 1
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	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:	
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. POLIZAS (SI APLICA)

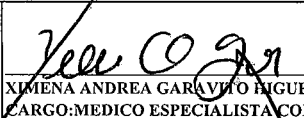
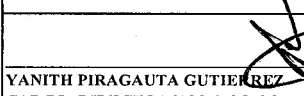
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	XX

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 (1/05/2025) AL (31/05/2025)

<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</p>	 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 :

6e12f88aff7a906a27bdf8f3cdc47c592602a25b90735df4386d7cee7a7cad4ec88ad24e231cefadc6cc930f2ee47ed6

Número de Factura: HM-124

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 06/05/2025

Medio de Pago: Consignación bancaria

Fecha de Vencimiento: 31/05/2025

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 anesthesiólogo	HUR	12,00	\$ 115.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 1.380.000,00

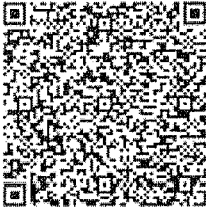
Notas Finales

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

80851126_01_PRI_REF_9

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
06/05/2025 11:59:26
Documento validado por la
DIAN:
06/05/2025 11:59:27
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	1380000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	1380000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	1380000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 1380000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	1.380.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	1.380.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	1.380.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 1.380.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
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



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80651126		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									
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1444545711	9485463453	1	2025/05/08	2025/04/30	BANCO DAVIVIENDA	0	\$3,892,000

RESUMEN DE PAGO									
Código	Código	Int	DV	PLANILLAS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA	SALDOS E INCARCAGDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,071,800	\$0	\$0	\$2,071,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,071,800	\$0	\$0	\$2,071,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$296,900	\$0	\$0	\$296,900	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$296,900	\$0	\$0	\$296,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,523,300	\$0	\$0	\$1,523,300	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$1,523,300	\$0	\$0	\$1,523,300	
					\$3,892,000	\$0	\$0	\$3,892,000	