LICETH JOHANA ROJAS GUZMAN

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

NIT: 46680328-4

Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CRA 69 # 47 - 50 CONJ ENTREVERDE AP 204, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3002139499

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/10/2025 hasta: 31/10/2025.

Autorización facturación electrónica No. 18764093932519 válida desde 2025-06-03 hasta 2025-12-03 rango desde 615 hasta 1000

PERTENECIENTE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
NOTA: No deben ser practicadas retencion de ICA ni retencion en la fuente a la presente factura, de acuerdo con los articulo 907 y 911 del Estatuto.T.

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	DG 34 # 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	625
Fecha Emisión	21/10/2025 06:17:42-05:00
Fecha Vencimiento	10/11/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Contado
Medio de Pago:	Consignación bancaria
Fecha de Pago:	10/11/2025
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	1	Prestación de servicios como especialista en cirugía general	WSD	204,00	$85.488,00				0,00	$17.439.552,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$17.439.552,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$17.439.552,00

Notas:	REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
CUFE:	cf44e650dbd091833ffd88ad47517206a06ada5ee20abd5e8805d2a158f1d57fc442d4140f0521da99210d11702d290e
Total con letra:	(diecisiete millones cuatrocientos treinta y nueve mil quinientos cincuenta y dos pesos)

Firma Digital: dZSrp7D2NgtTP98617v332Dp2wgGvUQv7RGWagYGJ15Jotlm3y3fohXv+2SNSBcn
P/bqk5UhLmlsKzL4COq+S22Wx6jG8eD+p8DACs6ZldqHhwajcD
1ySEbJDsZD8bZR zE7XWc9kny7hwxIXFbrJqLPPUfXYVvU6nKW1ziJMKRITS1+zbA+MGofWK8di6RVH joTw8loJRxvhfwYOJPja1A59YXqK/2LCaUo
HT50mTaFCb7a9d8ZVPmu94/WnSQcK X9/Y/1ajqgean/1z75PYPNX9UsC2y3zsjiuyiq7PHSmaVwoikO07NcmynIr4VrUq 9XBk64V4+4hWrM7brOje
NQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/10/2025 hasta: 31/10/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46680328		ROJAS GUZMAN LICETH JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 69 # 47 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1867041600	9493510841	I	2025/10/07	2025/10/21	BANCO DE BOGOTA	14	$2,819,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$8,751,145	$1,487,800			$8,751,145	$1,093,900			$0	$0			$8,751,145	$213,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$8,751,145	$1,487,800			$8,751,145	$1,093,900			$0	$0			$8,751,145	$213,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$8,751,145	$1,487,800			$8,751,145	$1,093,900			$0	$0			$8,751,145	$213,200		$0	$0
1	CC	46680328	ROJAS LICETH	25-14	30	$8,751,145	$1,487,800	EPS010	30	$8,751,145	$1,093,900		0	$0	$0	14-7	30	$8,751,145	$213,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$8,751,145	$1,487,800			$8,751,145	$1,093,900			$0	$0			$8,751,145	$213,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

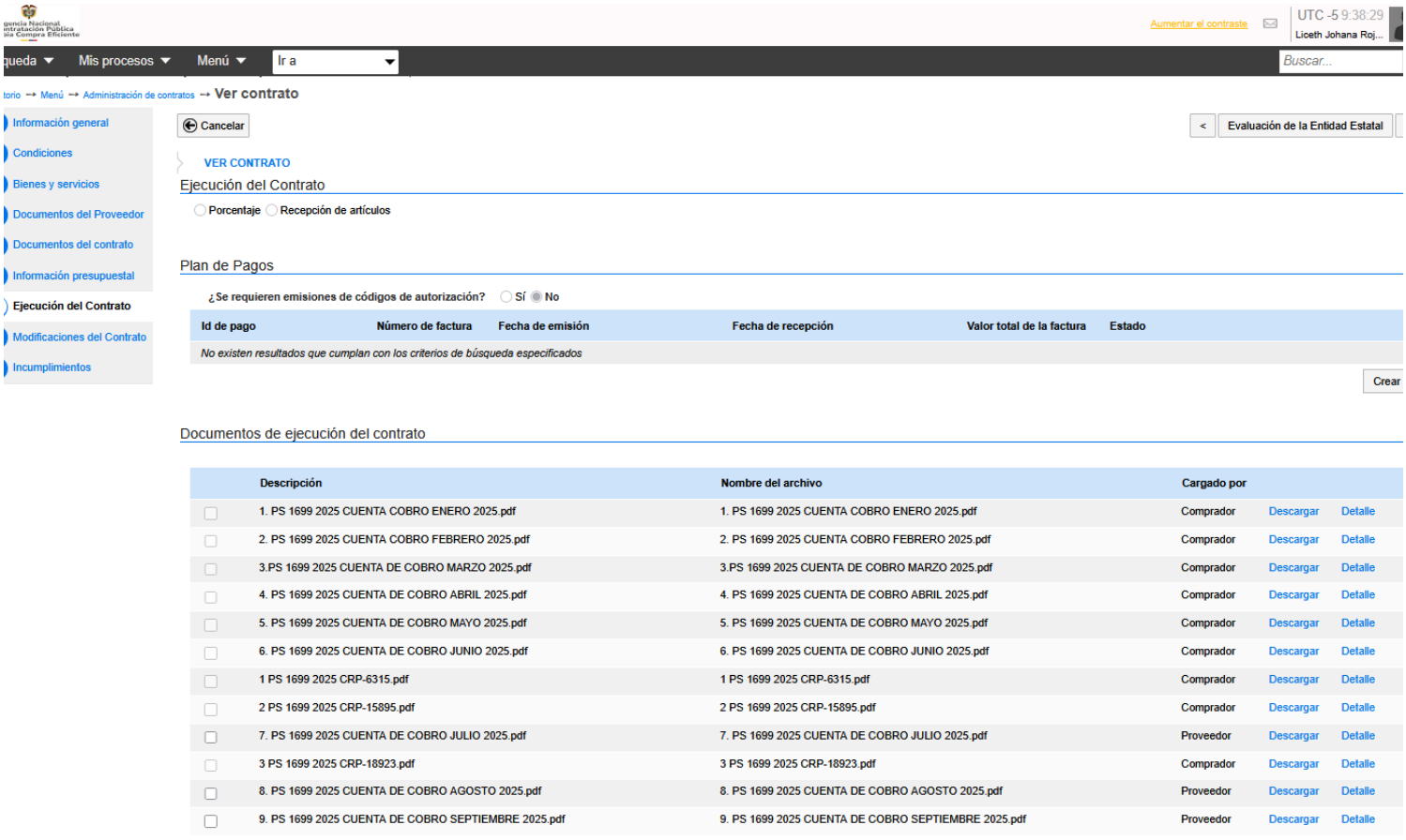
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46680328		ROJAS GUZMAN LICETH JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 69 # 47 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1867041600	9493510841	I	2025/10/07	2025/10/21	BANCO DE BOGOTA	14	$2,819,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,487,800	$12,800	$0	$1,500,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,487,800	$12,800	$0	$1,500,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$213,200	$1,900	$0	$215,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$213,200	$1,900	$0	$215,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,093,900	$9,400	$0	$1,103,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,093,900	$9,400	$0	$1,103,300
TOTAL				**1**	**$2,794,900**	**$24,100**	**$0**	**$2,819,000**


Aumentar el contraste
UTC -5 9:38:29
Liceth Johana Roj...
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
1. PS 1699 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
2. PS 1699 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
3.PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
4. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
5. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
6. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
1 PS 1699 2025 CRP-6315.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
2 PS 1699 2025 CRP-15895.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
7. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
3 PS 1699 2025 CRP-18923.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
8. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
9. PS 1699 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle

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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN**			**CC:**	**46680328**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LICETHROJAS1128@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002139499**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 69 47 50 TO 1 AP 204**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102634565**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1699 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 17.439.552**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN
PS_1699_2025_712BDC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN
CC: 46680328
CEL: 3002139499

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN			
	CON C.C N°	**46.680.328**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL 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 1699 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**204**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 184.141.152	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 17.439.552
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Como profesional de la especialidad de cirugía general, realizó actividades diagnósticas y terapéuticas incluidas en el plan de manejo de mi especialidad, atendiendo patologías quirúrgicas en adulto con alto nivel científico, ético y humano, mi labor incluye brindar atención integral, oportuna y pertinente, respetando los derechos del paciente y cumpliendo normativas vigentes, garantizando una atención personalizada y segura, aplicando protocolos y guías clínicas establecidas, realizó registros asistenciales, conceptos médicos y participó en seguimiento clínico. Además del uso adecuado de equipos, la confidencialidad de la información, la notificación de eventos de seguridad, docencia, asistir a capacitaciones, supervisión y cumplimiento de requisitos legales, contractuales y administrativos durante la prestación del servicio.

III. 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493510841	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/10/21	$ 1.093.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/21	$ 1.487.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/21	$ 213.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.794.900

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.	
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN* *PS_1699_2025_712BDC* **LICETH JOHANA ROJAS GUZMÁN** **CC: 46680328**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1699_2025_712BDC* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1699_2025_712BDC* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**