Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-10-01	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA		**Número de Documento:**	17956572	
Correo Electrónico:	jompeza@yahoo.es		**Número Telefónico:**	3134198045	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3830-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I06VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS VISTA HERMOSA	144	0	90383	$13015152	77.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 13015152**	**TRECE MILLONES QUINCE MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-21		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 5874895	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 6507576	1767

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 4338384
2	FEBRERO	$ 14642046
3	MARZO	$ 16268940

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 15093961
5	MAYO	$ 15184344
6	JUNIO	$ 14642046
7	JULIO	$ 11388258
8	AGOSTO	$ 12472854
9	SEPTIEMBRE	$ 13557450
10	OCTUBRE	$ 13015152

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 134489904	**$ 146872375**	**$ 130603435**	**$ 16268940**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Atender los pacientes de Medicina Interna que requieran el servicio en los servicios de urgencias y hospitalización.	-Pacientes atendidos según historia clínica sistematizada
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.	-Dentro de la consulta o revista médica se realiza suministra información y socialización de los cuidados que debe tener tanto el paciente como su entorno familiar.	-Historia clínica sistematizada
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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-Diligenciamiento total de la historia clínica con los datos de la atención dada al paciente.	-Historia clínica sistematizada
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.	Colaboración activa en la elaboración, revisión de los protocolos, guías, procedimientos de medicina institucionales, adhiriendome a los mismos y garantizando las normas de bioseguridad universales.	protocolos, guias, procedimientos,mipres

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Apoyo en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	--pacientes identificados y caracterizados.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Acompañamiento y trabajo interdiciplinario con el equipo asistencial prestando un servicio que satisfaga al usuario según su diagnóstico.	-Historia clínica sistematizada
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-De acuerdo a mi perfil diagnosticar y definir el tratamiento a seguir por parte del paciente, a fin de mejorar el estado de salud del paciente.	-Historia clínica sistematizada
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Dar información oportuna, veraz y concisa en términos de fácil entendimiento para los familiares y/o acudientes de los pacientes.	--Atención centrada en el usuario y en forma humanizada.
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 los turnos y agendas programadas de acuerdo a la programación enviada por el líder del proceso dando una atención humanizada.	-Historia clínica sistematizada
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Acompañar a la institución en las diferentes actividades que se realizan al interior de la misma para el bienestar del paciente.	-Acompañar a la institución en las diferentes actividades que se realizan al interior de la misma para el bienestar del paciente.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**				
2025	**SEPTIEMBRE**	**2025**	**10**	**27**	90861579	JP221		$ 13557450
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRECE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTAPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 5422980	$ 867677	**$ 868100**
Salud		SÁNITAS		$ 677873	**$ 678200**
ARL	3	SURA		$ 132104	**$ 132300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1573858**	**$ 1678600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570005570192160

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSE MIGUEL PERALTA	2025-10-24 17:21:36
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSE MIGUEL PERALTA	2025-10-25 16:07:14
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSE MIGUEL PERALTA	2025-10-29 12:10:05
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2025-10-29 20:26:42
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-10-30 12:23:09
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	2025-11-18 12:40:36

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

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	17956572	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA	Carrera 72C 22A 24 apto 516 torre03	3134198045	jompeza@yahoo.es	
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	CANTIDAD UPC
90355182	15/10/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	N	27/10/2025	90861579	$115.600	

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	46.400	0		0		0	10	300	0	46.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	59.300	0	0	0	0	10	400	0	59.700	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	9.100				9.100	10	100	9.200			91	9.200	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	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	46.400	46.700
Pensión	1	59.300	59.700
Riesgos Laborales	1	9.100	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	114.800	115.600

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	17956572	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA	Carrera 72C 22A 24 apto 516 torre03	3134198045	jompeza@yahoo.es	
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
90355182	15/10/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	N	27/10/2025	90861579	$115.600	

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	Estudiante	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	17956572	PERALTA ZABALETA JOSE MIGUEL	59	0			N																	230201	5.423.000	867.700	0	0	0	0	EPS005	5.423.000	677.900	14-11	5.423.000	3	132.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

68f93c3a-e678-4edc-87af-4e0dac1f5e08

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 97,50 %

22 de octubre de 2025

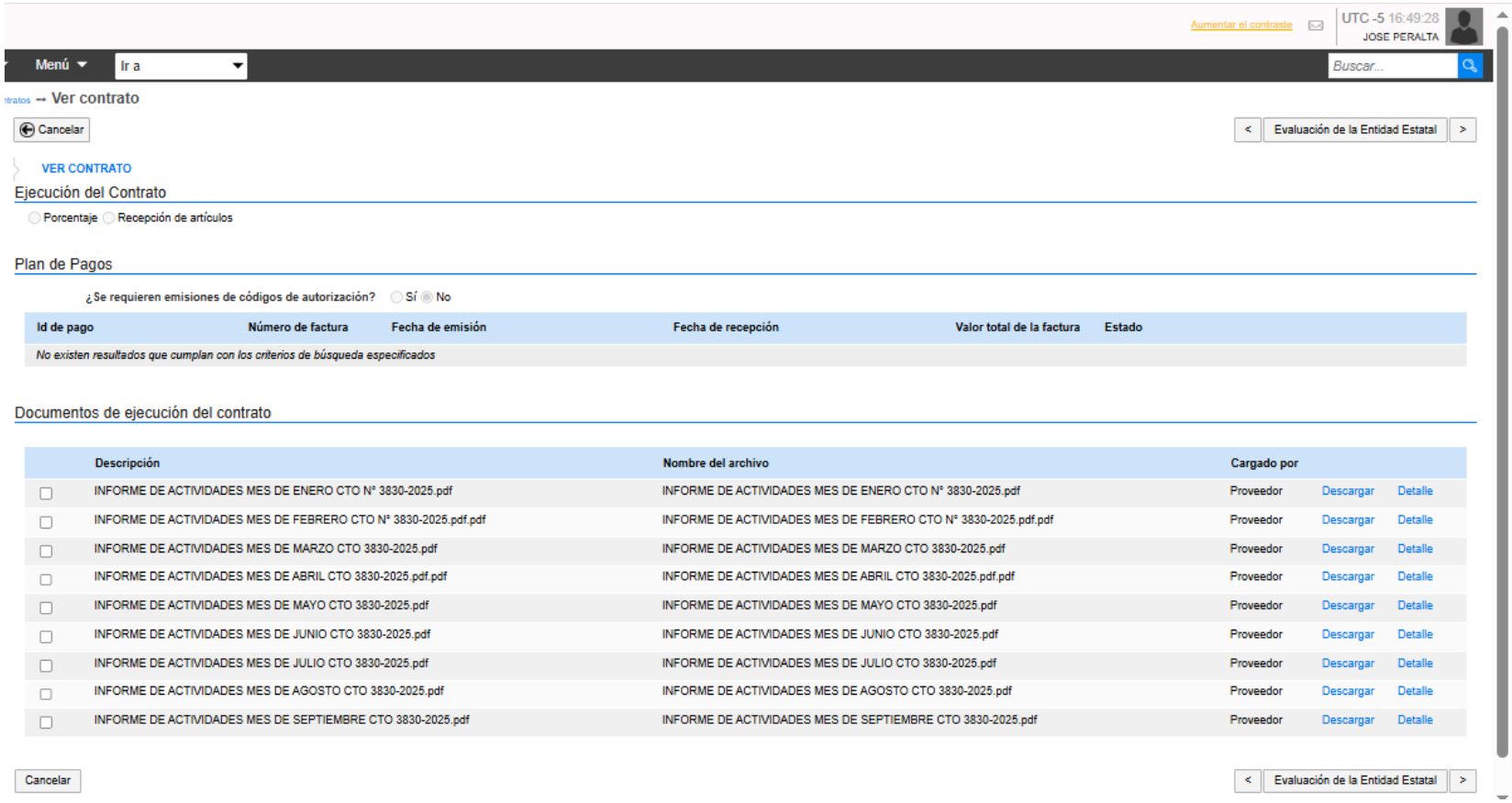
Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68f93c3a-e678-4edc-87af-4e0dac1f5e08


Aumentar el contraste
UTC -5 16:49:28
JOSE PERALTA
Menú
Ir a
Buscar...
tratos → Ver contrato
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
Documentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ENERO CTO N° 3830-2025.pdf INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ENERO CTO N° 3830-2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES MES DE FEBRERO CTO N° 3830-2025.pdf.pdf INFORME DE ACTIVIDADES MES DE FEBRERO CTO N° 3830-2025.pdf.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES MES DE MARZO CTO 3830-2025.pdf INFORME DE ACTIVIDADES MES DE MARZO CTO 3830-2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ABRIL CTO 3830-2025.pdf.pdf INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ABRIL CTO 3830-2025.pdf.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES MES DE MAYO CTO 3830-2025.pdf INFORME DE ACTIVIDADES MES DE MAYO CTO 3830-2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES MES DE JUNIO CTO 3830-2025.pdf INFORME DE ACTIVIDADES MES DE JUNIO CTO 3830-2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES MES DE JULIO CTO 3830-2025.pdf INFORME DE ACTIVIDADES MES DE JULIO CTO 3830-2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES MES DE AGOSTO CTO 3830-2025.pdf INFORME DE ACTIVIDADES MES DE AGOSTO CTO 3830-2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
INFORME DE ACTIVIDADES MES DE SEPTIEMBRE CTO 3830-2025.pdf INFORME DE ACTIVIDADES MES DE SEPTIEMBRE CTO 3830-2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	17956572	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA	Carrera 72C 22A 24 apto 516 torre03	3134198045	jompeza@yahoo.es	
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	
2025-09	2025-09	I	15/10/2025	90355182	$1.563.000	

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	631.500	0		0		0	0	0	0	631.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	808.400	0	0	0	0	0	0		808.400	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	123.100				123.100	0	0	123.100			1.231	123.100	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	631.500	631.500
Pensión	1	808.400	808.400
Riesgos Laborales	1	123.100	123.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.563.000	1.563.000

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	17956572	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA	Carrera 72C 22A 24 apto 516 torre03	3134198045	jompeza@yahoo.es	
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	
2025-09	2025-09	I	15/10/2025	90355182	$1.563.000	

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	Estornudo	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	17956572	PERALTA ZABALETA JOSE MIGUEL	59	0			N																	230201	5.051.928	808.400	0	0	0	0	EPS005	5.051.928	631.500	14-11	5.051.928	3	123.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA

NIT: 17956572-6

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 54 4 35 AP 503, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3005739213

Email. jompeza@yahoo.es

Autorización factura electrónica de venta No. 18764092516465 válida desde 2025-04-29 hasta 2025-10-29 rango desde JP201 hasta JP300.

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
NIT : 900958564
Dirección: carrera 20 # 47B -35 sur, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 110111
Teléfono: 7300000
Email: contactenos@subredsur.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Fecha de Pago: 23/10/2025
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : JP221
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 21:17:51-05:00
FECHA FIRMADO: 23/10/2025 21:17:55

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
23	10	2025	23	10	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	1	valor horas especialista	HUR	144,00	$90.383,00				0,00	$13.015.152,00

Notas:
Prestacion de servicios como medico internista

SON: (trece millones quince mil ciento cincuenta y dos pesos)
CUFE: abac2051e38562328b887e808820be819ad220bdc7c6f6b8e5610772ae2bcff294160092d901c2e1ec1e7ae169a50873

Subtotal:	$13.015.152,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$13.015.152,00

Firma Digital: fr03Iri07qWTKHYuhlVZoaxrjHtQId0dKaE/bQchNXEKVXMd7MgwIIWuzG1garK5 IjN5o1ur0d5T1CM/uDypSfIgeRik41fziCWlywUn2gzgF3+Qhm AxXhZESMbQDORV 3vXcl6XBV95T89FUJwg5BjxxlMLfPYl09XFPWQfX34bqmQewKXZmTtQn3ZOgqR2m gzr8V++7y/IYGyGOAr4FhzmKSfDTsjysPl/ fXiBaCKXh0MygVPkoM1vcAdcI+m6q UDc8Hm3fXMm/oJyhqPVpUnCteehIx0eMFfG/8TzNmJST8nukXefs7rzRXwbzaMb4 vxZwMjOQsJ89KOH5xo+F 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.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!

Comenzar ahora →

