

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

|                                |                                   |               |  |                               |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------|--|-------------------------------|
| <b>Periodo a Certificar:</b>   | <b>Desde:</b>                     | 2025-12-01    | <b>Hasta:</b>                            | 2025-12-31                    |
| <b>Nombre del Contratista:</b> | MARIA JOSE CANTILLO VARGAS        |               | <b>Número de Documento:</b>              | 1014271462                    |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | cantillomaria11@gmail.com         |               | <b>Número Telefónico:</b>                | 3007245956                    |
| <b>Nombre del Supervisor:</b>  | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | <b>Cargo:</b> | DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS | <b>Código Grado:</b> - 009-05 |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |  |                      |      |                              |      |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|------|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 8138-2025                              | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 1767 |
| <b>Perfil:</b>                       | MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA |                      |      |                              |      |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS   |                      |      |                              |      |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS TUNAL                              |                      |      |                              |      |

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

| Centro de Costos                    | Dirección                            | Unidad  | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total      | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------|--------------------------|------------|------------|--------------------------------|
| I06TN                               | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL   | 96           | 0                        | 90383      | \$8676768  | 51.6%                          |
| I06ME                               | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN   | 0            | 144                      | 90383      | \$13015152 | 77.4%                          |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | \$ 21691920                          | <b>VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS</b> |              |                          |            |            |                                |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|                                     |                     |                          |                    |  |            |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b> | 2025-11-01          |                          |                    | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2025-11-30 |
| <b>No. Prorroga</b>                 | <b>Fecha Inicio</b> | <b>Fecha Terminación</b> | <b>No. Adición</b> | <b>Valor Adición</b>                             | <b>CDP</b> |
| 1                                   | 2025-11-27          | 2026-01-16               | 1                  | \$ 542298  | 1956       |
| 2                                   | 2025-12-11          |                          | 2                  | \$ 20155409                                      | 2122       |
| 3                                   | 2025-12-11          |                          | 3                  | \$ 20155409                                      | 2122       |
| 4                                   | 2025-12-19          |                          | 4                  | \$ 4880704                                       | 2174       |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>                     |   |  |                             |                           |
|--|---|--|-----------------------------|---------------------------|
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>                     |   | <b>Mes Cuenta de Cobro</b>   | <b>Valor a Pagar</b>        |                           |
| 1  |   | NOVIEMBRE  | \$ 17353536                 |                           |
| 2  |   | DICIEMBRE  | \$ 21691920                 |                           |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                              |   | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>  | <b>PAGOS REALIZADOS</b>     | <b>SALDO DEL CONTRATO</b> |
| \$ 16811238  |   | \$ 62545058  | \$ 39045456                 | \$ 23499602               |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |   | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>          | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b> |                           |
| 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.   | -Prestar mis servicios como medico de apoyo n hospitalización y urgencias                  | -Practica clinica           |                           |
| 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.  | -Comunicacion asertiva, veraz y oportuna para los pacientes y familiares-                  | -Practica clinica           |                           |
| 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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | -Registrar en dinámica las evoluciones, formulación, de cada paciente                      | -Registro dinamica          |                           |
| 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.  | -Apoyar los procesos de implementación de guías y protocolos del servicio                  | -Guías y protocolos         |                           |
| 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.  | -Dar cumplimiento a las actividades de acuerdo a la normatividad establecida por la subred | -Practica clinica           |                           |
| 6  | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.   | -Cumplir con los reglamentos de acuerdo a los protocolos y reglamentos de la sub red       | -Practica clinica           |                           |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |  | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b> | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b> |
|--|--|---|-----------------------------|
| 7  | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.                                    | -Valorar los pacientes a su cargo   | -Registro dinamica          |
| 8  | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.  | --Dar informacion clara y oportuna a familiares y pacientes de su evolucion       | -Registro dinamica          |
| 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 las normas y protocolos de su area                                   | -Practica clinica           |
| 10   | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.  | -Segun la necesidad del servicio  | -Practica clinica           |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL   |                       |               |                |   |   |                             |  |            |
|--|-----------------------|---------------|----------------|---|---|-----------------------------|--|------------|
| Periodo al que corresponde el pago   |                       | Fecha de Pago |                |   | Número de Planilla                                  | Factura Electrónica         | Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior de el \$ 0 |            |
| AÑO  | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA                                     |   |                             |  |            |
| 2025   | DICIEMBRE             | 2025          | 12             | 12                                      | 7995395333  | FEV 5                       |  |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras  |                       |               |                |   | CEROPESOS   |                             |  |            |
| Item   |                       |               |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización                          | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado   |            |
| Pensionado   |                       |               |                | NO                                      | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | \$ 0                        | \$ 0   | \$ 1574200 |
| Salud  |                       |               |                |   | SÁNTITAS  |                             | \$ 0   | \$ 1157500 |
| ARL  |                       |               |                | 3                                       | COLPATRIA   |                             | \$ 0   | \$ 225600  |
| Caja de Compensación   |                       |               |                | NO                                      |   | <b>Total</b>                | \$ 0   | \$ 2957300 |
| INFORMACIÓN DE PAGO  |                       |               |                |   |   |                             |  |            |
| Entidad Bancaria   | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS                                 | Número de Cuenta                                    | 476270024914                |  |            |
| HISTÓRICO  |                       |               |                |   |   |                             |  |            |
| OBSERVACIÓN  |                       |               |                | USUARIO                                 |   | FECHA                       |  |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  |                       |               |                | MARIA JOSE CANTILLO VARGAS              |   | 2025-12-15 14:47:23         |  |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  |                       |               |                | MARIA JOSE CANTILLO VARGAS              |   | 2025-12-22 14:03:24         |  |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN   |                       |               |                | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN       |   | 2025-12-22 15:16:54         |  |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN  |                       |               |                | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO          |   | 2025-12-23 07:32:27         |  |            |
| 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          |   | 2026-01-08 16:38:25         |  |            |

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**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

**DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS**



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |                         |                           |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |               |                      |                           |
|---|-------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|---------------|----------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACION:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA    | NÚMERO DE IDENTIFICACION: | 101427462  | NÚMERO PLANILLA:               | 7991420046    | TIPO DE PLANILLA:    | INDEPENDIENTES            |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:  | BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO:             | MARÍA JOSÉ DANIELLO VARGAS                       | PERIODO COTIZACIÓN OTROS:      | MES noviembre | AÑO 2025             | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |
| CUIDAD/ENCLAVO:   | CALLE 114 A # 56-34     | TELÉFONO:                 | 800074   | DÍAS DE MORA:                  | 0             |                      | MES noviembre             |
| DIRECCIÓN:  | INDEPENDIENTE           | CLASE APORTANTE:          | UNICO  | FECHA PAGO (aaaa/mm/aa):       | 2025/11/14    | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1528564844                |
| TIPO APORTANTE:   | PRIVADA                 | ACTIVIDAD ECONÓMICA:      | OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.E. |                                |               |                      |                           |
| TIPO EMPRESA:   | UNICO                   |                           |  |                                |               |                      |                           |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | UNICO                   |                           |  |                                |               |                      |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                      |                           |  |                                |               |                      |                           |

| TOTAL APORTES A PENSION |              |               |             |                     |         |         |             |         |         |         |             |
|-------------------------|--------------|---------------|-------------|---------------------|---------|---------|-------------|---------|---------|---------|-------------|
| ADMINISTRADORA          |              |               |             |                     |         |         |             |         |         |         |             |
| CÓDIGO                  | DESCRIPCIÓN  | Nº COTIZANTES | COTIZACIÓN  | APORTES VOLUNTARIOS | FSP     | MORA    | TOTALES     |         |         |         |             |
| SE-14                   | COLPENSIONES | 1             | \$ 1.626.00 | \$ 0.00             | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 1.626.00 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 1.626.00 |
| <b>SUBTOTAL:</b>        |              |               |             |                     |         |         | \$ 1.626.00 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 1.626.00 |

| TOTAL APORTES A SALUD |                  |               |                            |                     |               |             |         |             |         |         |             |
|-----------------------|------------------|---------------|----------------------------|---------------------|---------------|-------------|---------|-------------|---------|---------|-------------|
| ADMINISTRADORA        |                  |               |                            |                     |               |             |         |             |         |         |             |
| CÓDIGO                | DESCRIPCIÓN      | Nº COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | LICENCIA MATERNIDAD | SALDO A FAVOR | LIQUIDACIÓN | MORA    | TOTALES     |         |         |             |
| EP006                 | EP006-SANTAS S.A | 1             | \$ 0.00                    | \$ 0.00             | \$ 0.00       | \$ 1.270.00 | \$ 0.00 | \$ 1.270.00 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 1.270.00 |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |                  |               |                            |                     |               | \$ 1.270.00 | \$ 0.00 | \$ 1.270.00 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 1.270.00 |

| TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES |                                   |               |                 |               |             |         |           |         |         |         |           |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------|---------------|-------------|---------|-----------|---------|---------|---------|-----------|
| ADMINISTRADORA                        |                                   |               |                 |               |             |         |           |         |         |         |           |
| CÓDIGO                                | DESCRIPCIÓN                       | Nº COTIZANTES | INCAPACIDAD FSP | SALDO A FAVOR | LIQUIDACIÓN | MORA    | TOTALES   |         |         |         |           |
| SE-4                                  | SE-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRA S.A | 1             | \$ 0.00         | \$ 0.00       | \$ 247.50   | \$ 0.00 | \$ 247.50 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 247.50 |
| <b>SUBTOTAL:</b>                      |                                   |               |                 |               | \$ 247.50   | \$ 0.00 | \$ 247.50 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 0.00 | \$ 247.50 |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                            |                 |                   |                |              |          |          |          |          |          |
|-------------------------------|----------------|----------------------------|-----------------|-------------------|----------------|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| PAGO DEL COTIZANTE            |                |                            |                 |                   |                |              |          |          |          |          |          |
| Nº                            | IDENTIFICACION | NOMBRES                    | TIPO COTIZACION | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO SALARIO | COSEGURO | COSEGURO | COSEGURO | COSEGURO | COSEGURO |
| 02                            | 101427462      | MARÍA JOSÉ DANIELLO VARGAS | INDEPENDIENTE   | UNICO             | \$ 1.626.00    |              |          |          |          |          |          |

**TOTAL PAGADO: \$ 3.244.700**

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1014271462                     |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | MARIA JOSE CANTILLO VARGAS                     |                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL                      |                                |
| DIRECCIÓN:  | BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:          | 4961171                        |
| TIPO APORTANTE:   | CALLE 114 A # 56-34 TELÉFONO:                  | I-INDEPENDIENTE                |
| TIPO EMPRESA:   | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:              | Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:                   | ÚNICO                          |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO   |                                |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

|                          |                   |                      |                  |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:         | <b>7995395333</b> | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:      | diciembre         | PERIODO COTIZACIÓN:  | MES: diciembre   |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | 2025 SALUD:       | AÑO:                 | AÑO: 2025        |
| DÍAS DE MORA:            | 0                 |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/12/12        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 2001116456       |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|     |     |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

|                              |        | COTIZANTES                          |  | TOTALES             |
|------------------------------|--------|-------------------------------------|--|---------------------|
|                              |        |                                     |  | TOTAL PAGADO        |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |                                     |  |                     |
| ADMINISTRADORA               |        |                                     |  |                     |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                              |  |                     |
| 9003360047                   | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                  |  | \$ 1.574.200        |
|                              |        | <b>SUBTOTAL:</b>                    |  | <b>\$ 1.574.200</b> |
| <b>SALUD</b>                 |        |                                     |  |                     |
| ADMINISTRADORA               |        |                                     |  |                     |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                              |  |                     |
| 8002514406                   | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A.                 |  | \$ 1.157.500        |
|                              |        | <b>SUBTOTAL:</b>                    |  | <b>\$ 1.157.500</b> |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |                                     |  |                     |
| ADMINISTRADORA               |        |                                     |  |                     |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                              |  |                     |
| 8600021839                   | 14-4   | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. |  | \$ 225.600          |
|                              |        | <b>SUBTOTAL:</b>                    |  | <b>\$ 225.600</b>   |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 2.957.300</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>         |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 2.957.300</b> |



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

## ✓ Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

#### 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   |
|---|---------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 8138-2025 CUENTA OCTUBRE   | CANNN_MMMAACAA_merged.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> 8138-2025 CUENTA NOVIEMBRE | MARIA_MAR_merged.pdf      | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

## ✓ Datos guardados

## Espacio para Logotipo Corporativo

**MARIA JOSE CANTILLO VARGAS**  
 NIT 1.014.271.462-3  
 CL 114A 56 34 AP 601  
 Tel: 3212729304  
 Bogotá - Colombia  
 boterosan@gmail.com



Factura electrónica de venta  
 No. FEV 5

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| Generación           | 16/12/2025, 11:13 |
| Expedición           | 16/12/2025, 11:13 |
| Vencimiento          | 16/12/2025        |

|           |                  |          |                   |
|-----------|------------------|----------|-------------------|
| Señores   | Subred ESE Sur   |          |                   |
| NIT       | 900.958.564-9    | Teléfono | (601) 7300000     |
| Dirección | CR 20 47B 35 SUR | Ciudad   | Bogotá - Colombia |

| Ítem | Descripción                            | Cantidad | Vr. Total     |
|------|--|----------|---------------|
| 1    | Médico Especialista: Medicina Interna. | 1.00     | 21,691,920.00 |

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sligo SAS - Nit 830.048.145-8- Nombre Software: Sligo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

### Total ítems: 1

### Valor en Letras:

Veintium millones seiscientos noventa y un mil novecientos veinte pesos m/cte

### Forma de pago:

Crédito

### Medio de pago:

Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-12-16 por \$ 21,691,920.00

### Observaciones:

Cargo: Médico Especialista: Medicina Interna.  
 Contrato de Prestación de Servicios No 8138-2025

|               |               |
|---------------|---------------|
| Total Bruto   | 21,691,920.00 |
| Total a Pagar | 21,691,920.00 |

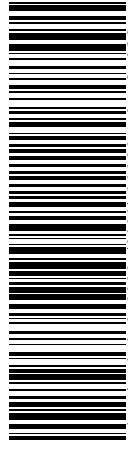
A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764101327808 aprobado en 20251109 prefijo FEV desde el número 1 al 1000 Vigencia: 24 Meses Meses**

No responsable de IVA- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66  
 CUFE: 4c2d98c27cbe4eab05c743f1c13eae24952a7691a207694e6bba31ee66bec9a0ada444f12eabb172eb5b3c90b6cfd

2. Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

14971340381



(415)7707212489984(8020) 000001497134038 1

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 4 2 7 1 4 6 2 3 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico 3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 25. Tipo de documento 1 3 26. Número de identificación 1 0 1 4 2 7 1 4 6 2 27. Fecha expedición 2 0 1 3 1 1 1 5

Lugar de expedición COLOMBIA 28. País 1 6 9 Bogotá D.C. 29. Departamento Bogotá D.C. 30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.

31. Primer apellido CANTILLO 32. Segundo apellido VARGAS 33. Primer nombre MARIA 34. Otros nombres JOSE 35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 39. Departamento Bogotá D.C. 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 41. Dirección principal CL 114 A 56 34 AP 601

42. Correo electrónico cantillomaria11@gmail.com

43. Código postal 1 1 1 1 1 1 44. Teléfono 1 4 9 6 1 1 7 1 45. Teléfono 2 3 0 0 7 2 4 5 9 5 6

## CLASIFICACIÓN

Actividad económica 46. Código 8 6 2 1 47. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 6 0 2 48. Código 49. Fecha inicio actividad 50. Código 1 51. Código 2 52. Número establecimientos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

05- Imppto. renta y compl. régimen ordinario

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 55. Forma 56. Tipo 57. Modo 58. CPC 59. Fecha expedición 1 2 3

60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 10 / 15 : 15: 57

## Para uso exclusivo de la DIAN

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.4.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

984. Nombre CANTILLO VARGAS MARIA JOSE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: