



RENE MAURICIO PERILLA ROZO
NIT 79.718.716-5
CL 66 59 31
Tel: (031) 3144310315
Bogotá - Colombia
reneperilla@yahoo.com



Factura electrónica de venta
No. P 81

Fecha y hora Factura

| | |
|-------------|-------------------|
| Generación | 21/01/2026, 08:43 |
| Expedición | 21/01/2026, 08:44 |
| Vencimiento | 21/01/2026 |

| | | | |
|-----------|--|----------|-------------------|
| Señores | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE | | |
| NIT | 900.958.564-9 | Teléfono | (031) 7300000 |
| Dirección | CR 20 47 B 35 SUR | Ciudad | Bogotá - Colombia |

| Ítem | Descripción | Vr. Total |
|------|---|---------------|
| 1 | Honorarios medicos como especialista en ortopedia mes de enero 2026 | 20,065,026.00 |

Total items: 1

Valor en Letras: Veinte millones sesenta y cinco mil veintiseis pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 20,065,026.00

| | |
|---------------|---------------|
| Total Bruto | 20,065,026.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| Total a Pagar | 20,065,026.00 |

Observaciones:

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 18764102967643 aprobado en 20251211 prefijo P desde el número 80 al 500 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 78812e8046a6e5ee148e32ac79da832e98fb98ff35b2a46dcc21157c8579f7ba0ef452ef8ed3d9b51a323006499fae47

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

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|------------------------|--------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2025-12-01 | Hasta: | 2025-12-31 | |
| Nombre del Contratista: | RENE MAURICIO PERILLA ROZO | | Número de Documento: | 79718716 | |
| Correo Electrónico: | reneperilla@yahoo.com | | Número Telefónico: | 3144310315 | |
| Nombre del Supervisor: | JOSEF KLING GOMEZ | Cargo: | MEDICO ESPECIALISTA | Código - Grado: | 213-32 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|----|
| No. Contrato: | 3958-2025 | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil: | MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDIA | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS MEISSEN | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| C11ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 90 | 0 | 90383 | \$8134470 | 48.4% |
| B04ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS | USS MEISSEN | 96 | 11 | 90383 | \$9670981 | 57.5% |
| I20ORME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 0 | 42 | 90383 | \$3796086 | 22.6% |
| A25JC | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL | 0 | 24 | 90383 | \$2169192 | 12.9% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 23770729 | VEINTITRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS VEINTINUEVEPESOS | | | | | |

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 | \$ 61641206 | 1314 |

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

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

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|---|------------------|--|--------------------|--|
| 2 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 2 | \$ 22866899 | 1767 | | |
| 3 | 2025-11-27 | 2026-01-16 | 3 | \$ 20155409 | 1956 | | |
| 4 | 2025-12-11 | | 4 | \$ 2801873 | 2122 | | |
| 5 | 2025-12-11 | | 5 | \$ 2801873 | 2122 | | |
| 6 | 2025-12-19 | | 6 | \$ 2078831 | 2174 | | |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | | Mes Cuenta de Cobro | | Valor a Pagar | | | |
| 1 | | ENERO | | \$ 8676768 | | | |
| 2 | | FEBRERO | | \$ 22234218 | | | |
| 3 | | MARZO | | \$ 18980430 | | | |
| 4 | | ABRIL | | \$ 21691920 | | | |
| 5 | | MAYO | | \$ 21149622 | | | |
| 6 | | JUNIO | | \$ 18438132 | | | |
| 7 | | JULIO | | \$ 21691920 | | | |
| 8 | | AGOSTO | | \$ 19251579 | | | |
| 9 | | SEPTIEMBRE | | \$ 21691920 | | | |
| 10 | | OCTUBRE | | \$ 23499580 | | | |
| 11 | | NOVIEMBRE | | \$ 20155409 | | | |
| 12 | | DICIEMBRE | | \$ 23770729 | | | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | PAGOS REALIZADOS | | SALDO DEL CONTRATO | |
| \$ 134489904 | | \$ 246835995 | | \$ 241232227 | | \$ 5603768 | |
| 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | | Se atiende a los pacientes adoptando protocolos del servicio, también acorde con actualizaciones de la literatura basada en la evidencia | | -Se diligencia los planes de manejo en la historia clínica , ajustado con los protocolos y recomendaciones actuales, | | |
| 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. | | -En cada acto médico de consulta, atención de urgencias, posoperatorio, se explica a los pacientes y familiares factores de riesgos , medidas de autocuidado, recomendaciones con fines de promover y prevenir patología y complicaciones osteoarticulares. | | -Los registros quedan por escrito en la historia clínica , recomendaciones de salida, y ordenes medicas, | | |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|----|---|--|---|
| 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 (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | -En el desarrollo de mis actividades médicas, tengo especial cuidado en el diligenciamiento de historia clínica cumpliendo con todos las recomendaciones y requerimientos estipulados por el ministerio de salud y los entes de control, | -Se puede verificar en la historia clínica diligenciada en el sistema de dinámica gerencial. |
| 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. | -Cuando es requerido actualizar protocolos , guías de manejo formatos estamos prestos a colaborar en la realización de los mismos, también adopto y diligencio los formatos de consentimiento informado, mipres cuando es requerido y adoptó siempre medidas de bioseguridad en la realización de mis actividades medicas. | -Se puede confirmar evaluando los protocolos y guías de manejo del servicio, también en la historia clínica donde quedan anexos los documentos mencionados, |
| 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. | -En mi practica medica siempre apoyo la identificación, caracterización , inscripción , manejo , seguimiento y canalización a los usuarios en la diferentes rutas de atención en salud, también en la consolidación e información para la trazabilidad de indicadores de salud. | -Se diligencia fichas de notificación, se utiliza intranet para mejorar comunicación administrativa de indicadores de la salud. |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -Siempre se busca en la atención en salud el manejo integral y cuidado del paciente adoptando normativas legales vigentes, | -se puede verificar con la historia clínica en notas medicas y de enfermería, donde se evidencia la articulación de los servicios. |
| 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. | -el objeto de mi actuación medica es lograr planes de manejo medico que respondan a solucionar los cuadros clínicos de los pacientes que consulta a la sub red, | -Los diagnósticos y planes de manejo acordes con dichos diagnósticos siempre quedan documentados en los respectivos ítems de la historia clínica, |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. | -la comunicación con los pacientes, familiares y acudientes , se garantiza durante la atención medica en todos los servicios, siempre dispuesto a responder inquietudes que surjan. | -esto queda diligenciado en la historia clínica, en las recomendaciones y en los consentimientos que se diligencian cotidianamente |
| 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. | -Se cumplen las agendas programadas en Cirugia, Consultas e interconsultas de urgencias | -esto queda diligenciado en la historia clínica sistematizada |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Se desarrollan actividades educativas con personal en formación, también se hace retroalimentación con el personal de salud de otras dependencias para mejorar la calidad en la atención de los pacientes, | -seminarios , formatos de intranet, |

| 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 | 7994551382 | P80 | \$ 20155409 | |
| 2026 | NOVIEMBRE | 2025 | 12 | 05 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | VEINTE MILLONES CIENTOCINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS NUEVE PESOS | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | PORVENIR | \$ 8062164 | \$ 1289946 | \$ 1375300 |
| Salud | | | | | SÁNTITAS | | \$ 1007771 | \$ 1011000 |
| ARL | | | | 5 | SURA | | \$ 0 | \$ 0 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 2339801 | \$ 2386300 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | | Número de Cuenta | 4870192293 | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | RENE MAURICIO PERILLA ROZO | | 2025-12-15 22:01:30 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | JOSEPH KLING GOMEZ | | 2025-12-16 17:05:36 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2025-12-18 09:10:24 | | |
| 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 16:09:01 | | |

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.

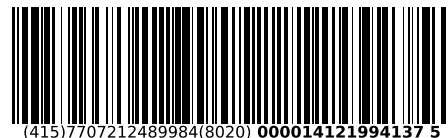


JOSEF KLING GOMEZ
MEDICO ESPECIALISTA

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141219941375



(415)7707212489984(8020) 000014121994137 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

7 9 7 1 8 7 1 6

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

7 9 7 1 8 7 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

PERILLA

32. Segundo apellido

ROZO

33. Primer nombre

RENE

34. Otros nombres

MAURICIO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 66 59 31 IN 3 AP 409

42. Correo electrónico

reneperilla@yahoo.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 4 3 1 0 3 1 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 1, 0 2, 0 5

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 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 | |
| 53. Código | 1 | 6 | 4 | 7 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

16- Obligación facturar por ingresos bienes

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

| | | | | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

0

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 1.6.1.2.6 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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

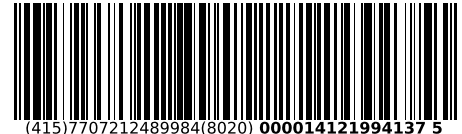
984. Nombre PINILLA BUSTOS YULY ANDREA

985. Cargo Gestor II

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141219941375



(415)7707212489984(8020) 000014121994137 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

7 9 7 1 8 7 1 6 5

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma | Composición del Capital | |
|-----------------------------|-----------------|------------|-------------------------|---------|
| 71. Clase | _____ | _____ | 82. Nacional | _____ % |
| 72. Número | _____ | _____ | 83. Nacional público | _____ % |
| 73. Fecha | _____ | _____ | 84. Nacional privado | _____ % |
| 74. Número de notaría | _____ | _____ | 85. Extranjero | _____ % |
| 75. Entidad de registro | _____ | _____ | 86. Extranjero público | _____ % |
| 76. Fecha de registro | _____ | _____ | 87. Extranjero privado | _____ % |
| 77. No. Matrícula mercantil | _____ | _____ | | |
| 78. Departamento | _____ | _____ | | |
| 79. Ciudad/Municipio | _____ | _____ | | |
| Vigencia | | | | |
| 80. Desde | _____ | _____ | | |
| 81. Hasta | _____ | _____ | | |

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|------|-------------------|----------------------------|---|--------|
| 1 | 1 2 5 | 2 0 2 3 0 2 2 3 | | - |
| 2 | | | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

Vinculación económica

| | | | |
|---|--|---|---------|
| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
| | | | |
| 97. Nombre o razón social de la matriz o controlante | | | |
| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
| | | | |
| 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP | | | |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79718716 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: | | RENE MAURICIO PERILLA ROZO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 66 59-31 INT 3-409 | TELÉFONO: | 3091419 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 7997997381 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: diciembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: diciembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2025 | SALUD: | AÑO: 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 1 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/01/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 2068829177 |

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | TOTALES | |
|--|--|------------|--------------|
| | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

PENSIÓN

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|--------------------|----------|---------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 1.619.600 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 1.619.600 |

SALUD

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|---------------------|----------|---------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | \$ 1.190.800 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 1.190.800 |

| | |
|------------------------|---------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 2.808.400 |
| VALOR MORA: | \$ 2.000 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 2.810.400 |

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

2068829177

Destino de pago

SOI ACH

Motivo

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Fecha

08/01/2026

Número de aprobación

00829177

Dirección IP

191.156.157.203

Valor transacción

\$ 2.810.400,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

10.80.25.153

Referencia 2

CC

Referencia 3

79718716