

DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|------------------------------|-------------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2025-12-01 | Hasta: | 2025-12-31 | |
| Nombre Contratista: | del | NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ | | Número de Documento: | 80012057 |
| Correo Electrónico: | nediazd@yahoo.com | | | Número Telefónico: | 3012354702 |
| Nombre Supervisor: | del | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | Cargo: | DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS | Código Grado: - 009 - 05 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|----|
| No. Contrato: | 4923-2025 | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil: | MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGIA | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS TUNAL | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--|---|--------------|--------------------------|------------|------------|--------------------------------|
| L02TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS TUNAL | 0 | 267 | 127620 | \$34074540 | 61.9% |
| L02TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS TUNAL | 0 | 87 | 190344 | \$16559928 | 30.1% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 50634468 | CINCUENTA MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2025-03-01 | | | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-04-30 |
| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
| 1 | 2025-04-29 | 2025-06-30 | 1 | \$ 109988430 | 26 |
| 2 | 2025-06-24 | 2025-08-15 | 2 | \$ 82377852 | 26 |
| 3 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 3 | \$ 162881124 | 1314 |
| 4 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 4 | \$ 36925554 | 1767 |

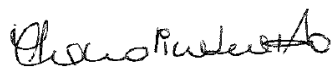
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|------|
| 5 | 2025-11-14 | 2026-01-16 | 5 | \$ 62022858 | 1890 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | | Mes Cuenta de Cobro | | Valor a Pagar | |
| 1 | | MARZO | | \$ 54984210 | |
| 2 | | ABRIL | | \$ 54936624 | |
| 3 | | MAYO | | \$ 54943338 | |
| 4 | | JUNIO | | \$ 47268762 | |
| 5 | | JULIO | | \$ 66039564 | |
| 6 | | AGOSTO | | \$ 58479774 | |
| 7 | | SEPTIEMBRE | | \$ 55520688 | |
| 8 | | OCTUBRE | | \$ 54365658 | |
| 9 | | NOVIEMBRE | | \$ 53214906 | |
| 10 | | DICIEMBRE | | \$ 50634468 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | PAGOS REALIZADOS | |
| \$ 110008440 | | \$ 564204258 | | \$ 550387992 | |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | | PRODUCTO O EVIDENCIA | |
| 1 | Prestar servicios de perfil (medico(a) especializado(a)) como medico Radiologo Especialista, acorde con la Lex Artis, segun 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 demas normas concordantes. | -Prestar servicios de estudios imagenológicos (ecografías, Doppler) de forma eficaz, respetuosa y de calidad. | | -Servicio al paciente de óptima calidad sin evidenciar PQR. Dejar constancia de reportes en dinámica. | |
| 2 | Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | -Brindar atención integral a los pacientes desde mi especialidad. | | -Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel. | |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|--|--|
| 3 | Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizacion, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Proteccion Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | -Subir a sistema e historia clínica del paciente de forma inmediata, efectiva y optima los reportes de los estudios imagenológicos realizados. | -Subir a sistema e historia clínica del paciente de forma inmediata, efectiva y optima los reportes de los estudios imagenológicos realizados. |
| 4 | Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Actualizarme en los nuevos métodos de mi especialidad. Realizar la atención de los usuarios con todos los protocolos de bioseguridad. | -Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel. |
| 5 | Aportar los datos correspondientes que permitan la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud, oportunidad, calidad, pertinencia y adherencia. | -Diligenciar todos los formatos del servicio. Informar sobre resultados críticos a paciente, familiar y servicio tratante. | -Excel y dinámica |
| 6 | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -informar sobre estado de paciente a servicio tratante de forma eficaz para contribuir a su evolución. | -Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel. |
| 7 | Apoyar el diagnostico mediante la interpretacion de las imagenes diagnosticas para el tratamiento medico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | -Informar sobre resultados críticos a paciente, familiar y servicio tratante. | -Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel. |
| 8 | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolucion, riesgo, complicacion del cuadro clinico objeto de tratamiento. | -Informar, explicar y resolver dudas sobre los resultados del estudio imagenológico a paciente y/o familiar. | -Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel. |
| 9 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Brindar atención integral a los pacientes desde mi especialidad. | -Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel. |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | |
|--|------------------|---------------|----------------|---------|---|---|---|----------------|------------|
| Período al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior | | |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 92283979 | FEND 765 | | | |
| 2026 | NOVIEMBRE | 2025 | 12 | 11 | | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CINCUENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS SEIS PESOS | | | | |
| Ítem | | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | \$ 21285962 | \$ 3405754 | \$ 3617600 |
| Salud | | | | | | ALIANSALUD | | \$ 2660745 | \$ 2661000 |
| ARL | | | | | 5 | SURA | | \$ 0 | \$ 0 |
| Caja de Compensación | | | | | NO | | Total | \$ 6177612 | \$ 6278600 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | | Número de Cuenta | 20265131193 | | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | | NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ | | 2025-12-11 14:01:35 | | |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | | NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ | | 2025-12-11 23:04:56 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | | 2025-12-13 21:43:06 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2025-12-14 20:57:51 | | |
| 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 16:09:03 | | |

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|------------------------|--------------------|-------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 80012057 | NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ | | CARRERA 79 N 19 A - 28 | 4756280 | NEDIAZD@YAHOO.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| 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 | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 11/12/2025 | 92283979 | \$6.277.600 | |

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 | | | | | |
| EPS001 | ALIANSA EPS S.A. | 830113831-0 | 2.660.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.660.000 | 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 |
|------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 3.404.800 | 0 | 0 | 106.400 | 106.400 | 0 | 0 | | 3.617.600 | 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 | | | | | | | | | | |

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 | 2.660.000 | 2.660.000 |
| Pensión | 1 | 3.617.600 | 3.617.600 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 6.277.600 | 6.277.600 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 80012057 | NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ | | CARRERA 79 N 19 A - 28 | 4756280 | NEDIAZD@YAHOO.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |
| | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| | | | | | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 11/12/2025 | 92283979 | \$6.277.600 | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|------|-------|-----|------------|-------------------|------------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|------------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASAP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o 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 | 80012057 | DIAZ DIAZ NELSON ENRIQUE | 3 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 21.280.000 | 3.404.800 | 0 | 0 | 106.400 | 106.400 | EPS001 | 21.280.000 | 2.660.000 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Ver contrato

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"/> ARLSURA 80012057 CTO4923-2025.pdf | ARLSURA 80012057 CTO4923-2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO NELSON DIAZ.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO NELSON DIAZ.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO NELSON DIAZ.pdf | CUENTA DE COBRO MARZO NELSON DIAZ.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ABRIL NELSON DIAZ.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL NELSON DIAZ.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MAYO NELSON DIAZ.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO NELSON DIAZ.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JUNIO NELSON DIAZ.pdf | CUENTA DE COBRO JUNIO NELSON DIAZ.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JULIO NELSON DIAZ.pdf | CUENTA DE COBRO JULIO NELSON DIAZ.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO AGOSTO NELSON DIAZ.pdf | CUENTA DE COBRO AGOSTO NELSON DIAZ.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 80012057 - INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025.pdf | 80012057 - INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 80012057 - POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN.pdf | 80012057 - POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE NELSON DIAZ.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE NELSON DIAZ.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO NELSON DIAZ OCTUBRE.pdf | CUENTA DE COBRO NELSON DIAZ OCTUBRE.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE NELSON DIAZ.pdf | CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE NELSON DIAZ.pdf | Proveedor Descargar Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar Evaluación de la Entidad Estatal



NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ
 NIT 80.012.057-2
 CR 79 19 A 28 T 2 AP 1201
 Tel: (601) 3012354702
 Bogotá - Colombia
 nediazd@yahoo.com



Factura electrónica de venta
 No. FEND 765

| | | | |
|------------------|---|-----------------|-------------------|
| Señores | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | | |
| NIT | 900.958.564-9 | Teléfono | (601) 0000000 |
| Dirección | CR 20 No 47b-35 SUR | Ciudad | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|----------------------|-------------------|
| Generación | 11/12/2025, 22:12 |
| Expedición | 11/12/2025, 22:13 |
| Vencimiento | 09/01/2026 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Bruto |
|------|---|----------|--------------|---------------|
| 1 | IMAGENOLOGIA NO RADIOLOGICA (ECOGRAFIA) | 267.00 | 127,620.00 | 34,074,540.00 |
| 2 | IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA | 87.00 | 190,344.00 | 16,559,928.00 |

Total items: 2

Valor en Letras:

Cincuenta millones seiscientos treinta y cuatro mil cuatrocientos sesenta y ocho pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2026-01-09 por \$ 50,634,468.00

Observaciones:

POR FAVOR NO PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE NI DE ICA PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

| | |
|----------------------|---------------|
| Total Bruto | 50,634,468.00 |
| Total a Pagar | 50,634,468.00 |

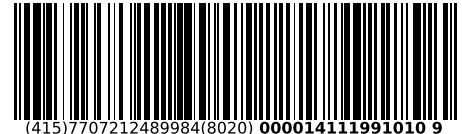
A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764102725786 aprobado en 20251206 prefijo FEND desde el número 764 al 900 Vigencia: 6 Meses**

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 0
CUFE: 3d2bed6e5db4e2faac89962cc489fd9c7b2350c9f2c03c5ba0777f31ac2e32d277d72f7b6d86090abeb7472a98a629c5

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141119910109



(415)7707212489984(8020) 000014111991010 9

| | | | |
|---|------------|--|------------------------------|
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 1 2 0 5 7 2 | 6. DV 2 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico 3 2 |
|---|------------|--|------------------------------|

Características y formas de las organizaciones

| | | |
|--|---|---|
| 62. Naturaleza <input type="checkbox"/> | 63. Formas asociativas <input type="checkbox"/> | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados <input type="checkbox"/> |
| 65. Fondos <input type="checkbox"/> | 66. Cooperativas <input type="checkbox"/> | 67. Sociedades y organismos extranjeros <input type="checkbox"/> |
| 68. Sin personería jurídica <input type="checkbox"/> | 69. Otras organizaciones no clasificadas <input type="checkbox"/> | 70. Beneficio <input type="checkbox"/> |

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma | | |
|-----------------------------|-----------------|------------|------------------------|---------|
| 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 | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

| | | | |
|---|--|---|---------|
| 93. Vinculación económica <input type="checkbox"/> | 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 | | | |