

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------|------------|-----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ | | CC: | 1140846045 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | CARLOS.T.A.R.S@HOTMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3174004160 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 68D N° 40 - 53 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 125226795 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1626 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 8.107.260 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 | | |



CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ

PS_1626_2025_365A74

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ

CC: 1140846045

CEL: 3174004160

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ

CON C.C N°

1.140.846.045

| | |
|-----------------------------|--|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|-----------------------------|--|

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1626 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 34.745.400 | No. HORAS EJECUTADAS | 84 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------|

| | | | |
|---|----------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 112.633.005 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 8.107.260 |
|---|----------------|--|--------------|

| | |
|--|-------------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRECE (13) MESES |
|--|-------------------------|

| | |
|--|-----------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA |
|--|-----------------------------|

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS |
|-------------------------------|---------------------------------------|

| | |
|-------------|--|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|-------------|--|

1. Realizo valoración de pacientes del servicio de Medicina Interna durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios
3. y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
6. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
7. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos.
21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.
22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
24. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|------|---|----|----|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------|------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 2785919 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | 2026/01/06 | \$ 1.170.200 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/01/06 | \$ 1.521.600 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/01/06 | \$ 228.100 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 2.919.900 |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ

PS_1626_2025_365A74

CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ

CC: 1140846045

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1626_2025_365A74

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

PS_1626_2025_365A74

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|-------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1140846045 | CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ | | cra 68d 40 53 sur | 8580000 | carlos.t.a.r.s@hotmail.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 | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 06/01/2026 | 2785919 | \$2.989.900 | |

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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 1.170.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.170.200 | 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 |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 1.497.800 | 0 | 0 | 46.900 | 46.900 | 0 | 0 | 0 | 1.591.600 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 228.100 | | | | 228.100 | 0 | 0 | 228.100 | | | 2.281 | 228.100 | 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 | 1.170.200 | 1.170.200 |
| Pensión | 1 | 1.591.600 | 1.591.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 228.100 | 228.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 2.989.900 | 2.989.900 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|--------------|----------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1140846045 | CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ | cra 68d 40 53 sur | 8580000 | carlos.t.a.r.s@hotmail.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 | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2025-12 | 2025-12 | 1 | 06/01/2026 | 2785919 | \$2.989.900 | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|---------|----|------|-----|-------|-----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASAP | VCT | IRL | CDR | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari 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 | 1140846045 | CACERES PEREZ CARLOS HUMBERTO | 59 | 0 | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 9.361.000 | 1.497.800 | 0 | 0 | 46.900 | 46.900 | EPS010 | 9.361.000 | 1.170.200 | 14-23 | 9.361.000 | 3 | 228.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|--------------------------|--|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. PS 1626 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf | 1. PS 1626 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 2. PS 1626 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf | 2. PS 1626 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 3. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | 3. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 4. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | 4. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 5. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | 5. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 6. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | 6. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 1626 2025 CRP-6269.pdf | 1 PS 1626 2025 CRP-6269.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 2 PS 1626 2025 CRP-15207.pdf | 2 PS 1626 2025 CRP-15207.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | COMUNICACION SUPERVISOR PS 1626 2025 16-07-2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 1626 2025 16-07-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 7. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | 7. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 3 PS 1626 2025 CRP-18868.pdf | 3 PS 1626 2025 CRP-18868.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 8. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | 8. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1626 2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1626 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 9. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE DE 2025.pdf | 9. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE DE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 10. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | 10. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 11. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | 11. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | 12. 1626 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | 12. 1626 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
de999ca4c0be71077bc9ea264eedbbe3227ae770bd9c0055fda0b34e134b760d34a78d019aa20090c36137d57bf882dc
Número de Factura: FE-28
Fecha de Emisión: 14/01/2026
Fecha de Vencimiento: 31/01/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CACERES PEREZ CARLOS HUMBERTO
Nombre Comercial: CACERES PEREZ CARLOS HUMBERTO
Nit del Emisor: 1140846045
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 78 D 4053 SUR
Teléfono / Móvil: 3174004160
Correo: cacerespch@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 34 # 5-43
Teléfono / Móvil:
Correo:
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|------|--------|---|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------|---|-----|---|--------------------------|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 009 | CONTRATO NO PS 1626 2 025 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE | 94 | 84,00 | \$ 96.515,00 | \$ 0,00 | \$ 0,00 | | | | | \$ 8.107.260,00 |

Notas Finales

Línea de negocio: CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DE 2026

Datos Totales



Documento generado el:
 14/01/2026 12:57:31
Documento validado por la DIAN:
 14/01/2026 12:57:31
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

| | |
|----------------|-----|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Subtotal | 8107260 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 8107260 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| Total impuesto (=) | 0 |
| Total neto factura (=) | 8107260 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 8107260 |

Valores informativos

| | |
|------------------|---|
| ANTICIPOS | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|--------------------|------|
| RETENCIONES | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|----------------|-----|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Subtotal | 8.107.260,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 8.107.260,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| Total impuesto (=) | 0,00 |
| Total neto factura (=) | 8.107.260,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 8.107.260,00 |

Valores informativos

| | |
|------------------|------|
| ANTICIPOS | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|--------------------|------|
| RETENCIONES | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764087169069 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2027-01-14